

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1908-1909

N° 26

DES  
Invaginations Appendico-Cæcales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 DÉCEMBRE 1908

PAR

Isidore DEVILLECHABROLLE

Né à Saint-Sulpice-Laurière (Haute-Vienne), le 4 février 1881

|                        |   |                            |                   |
|------------------------|---|----------------------------|-------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. DENUÉ, professeur..... | <i>Président.</i> |
|                        |   | LANDE, professeur.....     |                   |
|                        |   | GUYOT, agrégé.....         | <i>Juges.</i>     |
|                        |   | CRUCHET, agrégé.....       |                   |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur  
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1908-1909

N° 26

DES

# Invaginations Appendico-Cæcales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 DÉCEMBRE 1908

PAR

Isidore DEVILLECHABROLLE

Né à Saint-Sulpice-Laurière (Haute-Vienne), le 4 février 1881



Examineurs de la Thèse

|   |                             |                   |
|---|-----------------------------|-------------------|
| { | MM. DENUCÉ, professeur..... | <i>Président.</i> |
|   | LANDE, professeur.....      |                   |
|   | GUYOT, agrégé.....          | <i>Juges.</i>     |
|   | CRUCHET, agrégé.....        |                   |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE  
56, rue du Hautoir, 56

1908

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

## PROFESSEURS :

|                             |                           |                           |            |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
| MM. DUPUY.....              | } Professeurs honoraires. |                           |            |
| MASSE.....                  |                           |                           |            |
| MM.                         |                           |                           | MM.        |
| Clinique interne.....       | PICOT.                    | Chimie.....               | BLAREZ.    |
| Clinique externe.....       | PITRES.                   | Histoire naturelle.....   | GUILLAUD.  |
| Pathologie et thérapeu-     | DEMONS.                   | Pharmacie.....            | DUPOUY.    |
| tique générales.....        | LANELONGUE.               | Matière médicale.....     | BEILLE.    |
| Thérapeutique.....          | VERGELY (en congé).       | Médecine expérimentale    | FERRE.     |
| Médecine opératoire..       | VERGER (chargé).          | Clinique ophtalmologi-    |            |
| Clinique d'accouchements    | ARNOZAN.                  | que.....                  | BADAL.     |
| Anatomie pathologique ..... | VILLAR.                   | Clinique chirurgicale in- | DENUCE.    |
| Anatomie.....               | LEFOUR.                   | fantile et Orthopédie.    | BOURSIER.  |
| Anatomie générale et        | COYNE.                    | Clinique gynécologique.   |            |
| histologie.....             | GENTES.                   | Clinique médicale des     | MOUSSOUS.  |
| Physiologie.....            | VIAULT.                   | maladies des enfants.     | DENIGES.   |
| Hygiène.....                | JOLYET.                   | Chimie biologique.....    |            |
| Médecine légale.....        | LAYET.                    | Physique pharmaceuti-     | SIGALAS.   |
| Physique biologique et      | LANDE.                    | que.....                  | LE DANTEC. |
| électricité médicale.       | BERGONIÉ.                 | Pathologie exotique....   |            |

## PROFESSEURS ADJOINTS :

|                                                               |                |
|---------------------------------------------------------------|----------------|
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....          | MM. DUBREUILH. |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                | POUSSON.       |
| Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez ..... | MOURE.         |
| Clinique des maladies mentales.....                           | REGIS.         |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.  
CABANNES.

MM. VERGER.  
ABADIE.  
CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

|                        |                                    |                    |                            |
|------------------------|------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Pathologie externe ... | { MM. BEGOUIN.<br>VENOT.<br>GUYOT. | Accouchements..... | { MM. ANDÉRODIAS.<br>PERY. |
|------------------------|------------------------------------|--------------------|----------------------------|

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

|               |                               |                       |                |
|---------------|-------------------------------|-----------------------|----------------|
| Anatomie..... | { MM. CAVALIÉ.<br>PRINCETEAU. | Physiologie.....      | MM. GAUTRELET. |
|               |                               | Histoire naturelle... | MANDOUL.       |

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

|             |            |                |                         |
|-------------|------------|----------------|-------------------------|
| Chimie..... | M. BENECH. | Pharmacie..... | { MM. BARTHE.<br>LABAT. |
|-------------|------------|----------------|-------------------------|

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| Pathologie interne..... | MM. N...    |
| Accouchements.....      | ANDÉRODIAS. |
| Physiologie.....        | GAUTRELET.  |
| Ophtalmologie.....      | LAGRANGE.   |
| Clinique dentaire.....  | CAVALIE.    |

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faille témoignage de ma vive  
affection et de ma reconnaissance  
infinie.

---

A MES SOEURS ET BEAU-FRÈRE

---

A MES NEVEUX

---

A TOUTE MA FAMILLE

---

A MES AMIS

---

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE LIMOGES

---

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DENUCÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



## AVANT-PROPOS

---

Une mission bien douce nous incombe aujourd'hui; c'est celle d'adresser publiquement un respectueux hommage à tous ceux qui apportèrent à notre éducation, leurs enseignements, leurs conseils ou leur tendresse. Si nous devons payer à chacun notre dette de reconnaissance, il nous faudrait remonter bien loin pour avoir une liste complète; et notre mémoire infidèle risquerait de faillir à sa tâche. Nous devons cependant adresser nos remerciements à tous ceux qui plus particulièrement s'occupèrent de nous.

Puissent tout d'abord nos parents dont le dévouement fut sans bornes et dont la sollicitude ne se démentit jamais, recevoir toute notre reconnaissance et toute notre affection. Par leur travail, leurs sacrifices, ils nous ont permis d'être ce que nous sommes. A nous, revient l'honneur de porter un titre, à eux, le mérite.

Limoges, où nous fîmes la presque totalité de nos études, mérite une place spéciale. C'est avec plaisir que nous adressons nos plus vifs remerciements, à M. le docteur Chénieux, professeur de clinique chirurgicale, maire de la ville de Limoges, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe et l'interne, et qui nous suggéra l'idée de notre thèse.

A côté de lui, nous devons citer le nom d'un maître, non moins vénéré: M. le professeur Lemaistre, qui nous enseigna avec tant d'art la chirurgie infantile, et qui fit pendant tant

d'années l'honneur de la chaire d'anatomie de l'Ecole de Limoges.

A M. le professeur Donnet, nous devons nos éléments de gynécologie. De ses leçons et de son amabilité nous garderons un précieux souvenir.

A MM. les professeurs Bourguignon, Cubertafond, Devaux, dont nous fûmes l'interne et au service desquels nous apprîmes la médecine courante, nous adressons un cordial merci.

En un mot, puissent chacun des professeurs de l'école de Limoges, auxquels nous devons tant, recevoir ici la part de remerciements qui lui convient.

Bordeaux nous vit une année, et nous permit d'apprécier le talent de ses maîtres. M. le professeur Lagrange, M. le professeur Moure, M. le professeur Moussous, auprès desquels nous eûmes l'immense avantage de faire un stage, nous accueillirent avec bonté. Leurs noms resteront dans notre mémoire.

A côté de tous ces noms, un encore nous est particulièrement cher; c'est celui de M. le professeur Denucé. La bienveillance avec laquelle il nous reçut lorsque nous lui offrîmes la présidence de notre thèse, son amabilité excessive à notre égard, l'ont mis au rang de ceux dont nous garderons un bon et durable souvenir.

---

## INTRODUCTION

---

Bien des fois, on a étudié les occlusions intestinales et leurs différents modes de production. L'invagination a en particulier fait l'objet de recherches et de travaux nombreux; et nous n'avons pas la prétention de ruiner les anciennes théories pour en édifier de nouvelles. Le but que nous nous proposons d'atteindre est des plus modestes. Nous voulons simplement faire une étude d'ensemble sur les invaginations produites par l'appareil appendico-cæcal, invaginations surtout étudiées en Angleterre, et, peu connues en France jusque dans ces dernières années. Nous voulons rappeler et mettre au point ce qui a été dit jusqu'à ce jour et apporter quelques observations nouvelles que nous avons eu l'heureuse fortune de rencontrer. Sans doute, nous aurions préféré faire des recherches personnelles, éclairer la science dans quelque point obscur, la doter de choses nouvelles; mais, nous ne pouvions nous livrer à un pareil travail, n'en ayant ni le temps, ni les moyens. Nous ne pensons pas, cependant, avoir fait œuvre inutile, et ceux qui voudraient se livrer sur notre sujet à des études plus approfondies, trouveraient dans notre bibliographie des renseignements précieux, puisqu'ils n'auraient pas à consacrer à ces recherches, le temps que nous-même y avons consacré.

L'importance de la question des invaginations appendico-cæcales n'est pas à discuter.

Les progrès de la chirurgie permettant de mettre à l'abri de tout danger le malade qui en est atteint, il importe d'en diagnostiquer rapidement les symptômes pour parer d'urgence à tous les accidents qu'un pareil état pourrait entraîner. D'autre part, l'engouement produit par les lésions de l'appendice a tellement fasciné les praticiens, que souvent ils ne songent, chaque fois qu'ils constatent une douleur dans la fosse iliaque, au niveau du cæcum, qu'à résoudre leur diagnostic par le mot : appendicite. On a détrôné l'ancienne typhlite pour mettre à sa place l'appendicite.

A l'appendice on attribue bien des désordres qui ont quelquefois une tout autre origine. Sans doute, le diagnostic des affections que nous étudions n'est pas des plus faciles; et les chirurgiens les plus expérimentés s'y laissent prendre. C'est pour ces raisons, qui, à notre avis, sont des raisons majeures, que nous avons choisi cette étude comme sujet de thèse. Nous avons en vue d'éveiller l'esprit du médecin, de lui faire penser à l'existence possible d'une invagination, quand, par hasard, il sera appelé près d'un malade atteint de pseudo-appendicite; et, en l'y faisant penser, il ne pourra peut-être pas toujours trancher la question; mais, il aura le mérite d'y avoir pensé; bien souvent, c'est parce que l'on n'y pense pas qu'on ne trouve pas; puis, en écartant le faux diagnostic d'appendicite, il pourra aussi en écarter bien d'autres qui le mettront sur le chemin de Damas.

Nous diviserons donc notre travail en différents chapitres. Le premier sera réservé à l'historique; le second à une étude succincte du cæcum et de son appendice; dans le troisième nous aurons en vue le mécanisme de l'invagination, les causes qui la produisent. Le quatrième sera réservé aux différents symptômes de l'affection; et nous essayerons, en traitant les différentes maladies avec lesquelles on l'a confondue souvent, de permettre d'établir un diagnostic. Les lésions macroscopiques feront également l'objet d'une étude à part. Nous terminerons par les différents traitements dont relève

ces sortes d'invagination. Et, enfin, nos observations montreront les différents cas relatés, l'âge de prédilection de cette affection, les résultats obtenus par les divers traitements employés. Nous nous réserverons de discuter, au cours de chaque chapitre, les différentes théories émises.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Historique

Le cas que nous étudions, bien que peu connu, n'est cependant pas absolument rare ; peut-être même existe-t-il plus souvent qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. Toujours est-il que depuis que quelques auteurs ont attiré l'attention sur lui, sa fréquence progresse considérablement.

Raffinesque, en 1878, dans sa thèse sur les invaginations intestinales chroniques, cita des observations se rapportant à notre sujet. En 1889, Pusey, dans le « *Liverpool medico-surgical journal* », en cite un autre cas ; puis, il faut attendre 10 ans pour que de nouveau on en fasse mention. En 1897, au cours de la réunion de la « *British medical association* », le docteur Frederick Eve revendiqua la publication des premiers cas d'invagination appendico-cæcale relatés dans la science ; d'après son témoignage, il en aurait rencontré six exemples sur 21 opérés.

Dans une séance suivante, le docteur Pollard réclama la priorité, disant qu'il avait dès le 24 février 1894, c'est-à-dire avant Eve, dans le journal « *The lancet* », cité une observation dans laquelle, au cours d'une laparotomie, il avait constaté que le cæcum épaissi et couvert de fausses membranes, avait dû être le point de départ de l'invagi-

nation qu'il opérait. Legueu dans le « Bulletin de la Société anatomique », en 1897; et, avec lui Dartigues, Power d'Arcy, Orton, Pervrose et Kellock, puis Lediard dans le « The Lancet », en 1900, en ont également donné des cas.

En 1901, paraissait à la « Liverpool medical institution », une étude de Keith<sup>1</sup> Montsarrat sur l'invagination de l'appendice et du fond du cæcum basée sur une observation personnelle et 7 ou 8 antérieurement publiées.

En 1902, un allemand du nom de Haasler, signalait encore cette forme d'occlusion chronique, en y joignant deux cas nouveaux. Un an plus tard deux mémoires importants touchant cette question étaient écrits: l'un rédigé par Ackermann, assistant du professeur Müller de Rostock, l'autre par Edred Corner de Londres. Le premier traitait exclusivement de l'invagination de l'appendice; le second, après une étude d'ensemble sur les invaginations, réservait un chapitre spécial pour celles d'origine appendico-cæcale. Il apportait 17 cas, pris un peu partout, à l'appui de son travail.

Les médecins étrangers s'intéressaient à cette question. Les anglais, la chose était naturelle, puisque chez eux, ces cas y sont bien plus fréquents qu'ailleurs, en avaient publié d'intéressants rapports. C'est chez eux, du reste, qu'il faudra aller chercher tous les renseignements nécessaires à l'étude de notre sujet. Quant aux médecins français, il faut arriver à Jalaquier, en 1903, pour en entendre parler. C'est lui qui le premier en fit une communication à l'académie de médecine.

A sa suite surgirent le docteur Grisel qui, en 1904, au congrès périodique de Gynécol. obstét. et pédiat., de Rouen, attira sur cette question, en la traitant d'une façon magistrale, l'attention de ses contemporains.

Un an plus tard vint Monod qui, par ses observations au nombre d'environ 20, rappela que le sujet pouvait intéresser au même titre que tout autre, et qu'une étude d'ensemble ne pourrait nuire à la science.

## CHAPITRE II

---

### **Etude appendico-cæcale. — Constitution anatomique. Physiologie.**

L'intestin est divisé en deux parties: intestin grêle et gros intestin. A la première partie, dénommée intestin grêle, fait suite le gros intestin dont la portion primitive est le cæcum. Il se trouve situé dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus de l'embouchure de l'iléon, et forme un cul-de-sac assez volumineux, muni d'un petit tube cylindrique appelé appendice cæcal. A ce cul-de-sac, fait suite une portion intestinale remontant dans le flanc droit; c'est le côlon.

Nous allons brièvement passer en revue les différentes parties nécessaires à l'étude de notre sujet.

Le cæcum est une espèce de bonnet dont le fond se trouve légèrement rétréci par rapport à l'ouverture supérieure. Situé dans la fosse iliaque droite, il a pour limite inférieure l'angle de jonction de cette même fosse iliaque avec la paroi abdominale antérieure. Sa limite supérieure répond à un plan transversal passant immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Oblique de bas en haut et d'avant en arrière, il mesure comme longueur 4 à 8 centimètres. Le hasard seul modifie cette longueur, sans qu'on puisse tenir compte de l'âge ou du sexe.

Trois bandes musculaires longitudinales larges de 8 à 11

millimètres, naissent sur sa paroi postéro-interne au niveau de la racine de l'appendice, montent en divergeant vers sa partie supérieure, en se dirigeant, l'une sur sa face antérieure, une seconde sur sa partie interne, et une troisième sur sa face postérieure. Le fond lisse et uni est constitué par une des bosselures cæcales. Quant à sa face interne, elle présente trois saillies répondant aux bandes longitudinales signalées sur sa face externe; et, entre ces saillies se trouvent des dépressions coupées çà et là de bandes musculaires formant des sillons transversaux. D'après Sappey, ces bosselures ne sont pas dues à la brièveté relative des bandelettes, mais doivent être considérées comme autant de diverticules accroissant la capacité du cæcum; pour d'autres, la différence de longueur des bandes et de la paroi intestinale, laquelle sous l'influence du poids des matières se laisse à la longue distendre, donnent l'explication de ces bosselures. C'est en un mot la doublure trop ample d'un habit faisant hernie à travers le drap.

Dans l'intestin grêle, le duodenum, le jejunum et l'iléon sont placés bout à bout; pour l'iléon et le cæcum, il n'en est pas ainsi; la portion terminale du premier se dirigeant obliquement en haut, en dehors et en arrière, forme avec la paroi du second, ayant elle aussi une direction oblique, un angle obtus. L'intestin grêle s'ouvre donc presque à angle droit dans le gros intestin.

Le cæcum est maintenu en place par deux replis du péritoncine auxquels on donne le nom de ligaments. L'inférieur s'insère sur la paroi abdominale postérieure au-dessous du rein, et vient se terminer sur la paroi externe du côlon ascendant à son union avec le cæcum. Le second a pour mission de retenir le cæcum en dedans et de limiter son mouvement de bascule en haut; il est représenté par l'insertion de la partie inférieure du mésentère à la fosse iliaque.

Le fond du cæcum, situé à l'angle de jonction de la fosse iliaque et de la paroi abdominale antérieure, peut venir frôler l'arcade de Fallope ou en être plus ou moins distant

suivant sa réplétion et sa longueur. On l'a vu sous l'influence d'une distension excessive, venir buter contre la paroi abdominale antérieure. La paroi postérieure repose sur la paroi iliaque; l'interne sur laquelle s'implante l'appendice longe le bord interne du psoas et des vaisseaux qui cheminent le long de ce muscle.

Son extrémité supérieure se continue avec le côlon ascendant, et son extrémité inférieure flotte dans la fosse iliaque, limitée cependant dans ses mouvements, par les ligaments précités. Lorsqu'elle s'éloigne d'environ huit centimètres de l'arcade fémorale, on dit le cæcum en position haute; il est en position basse lorsqu'il descend dans l'excavation pelvienne. Chez l'embryon, situé dans les parties déclives de la cavité abdominale, il se porte ensuite successivement derrière l'ombilic, sur le foie, devant le rein droit; il ne descend qu'assez tard dans la fosse iliaque, qui est ordinairement la dernière étape de sa migration; elle s'accomplit dans les premières années de la naissance. Aussi chez les enfants, la position élevée du cæcum est de règle; ce n'est qu'avec l'âge et sous l'influence du poids des matières fécales qui peuvent y séjourner plus ou moins de temps, que le cæcum laisse distendre ses parois, et descend dans l'excavation, se rapprochant de l'arcade de Fallope, formant ainsi une position basse. On conçoit combien la position haute et la position basse peuvent influencer dans le cas que nous traitons.

Du fond du cæcum se détache un petit tube cylindrique, flexueux, vermiforme, essentiellement variable par sa longueur; la moyenne est de 8 à 10 centimètres; c'est l'appendice cæcal. Chez le fœtus, il s'implante sur le sommet même du cæcum; puis, avec l'âge, il quitte ce sommet pour venir se placer à la partie latérale gauche. Il est maintenu en position par un repli du péritoine, le méso-appendice. Rien de plus variable que sa direction: il peut être ascendant, descendant, externe ou interne, suivant qu'il se colle contre la face postérieure du cæcum, qu'il croise le

psoas, se porte vers l'épine iliaque, ou les anses intestinales.

Mentionnons que la disposition ascendante qui applique l'appendice le long de la paroi postérieure du cæcum est la plus fréquente. L'appendice n'est autre que la portion inférieure du cæcum, ayant subi un arrêt de développement pendant la vie intra-utérine.



Quatre tuniques forment la paroi cæcale: la séreuse, la musculieuse, la celluleuse et la muqueuse.

La séreuse est une dépendance du péritoine. Chez l'embryon, l'appareil cæcal flotte librement dans la cavité abdominale, grâce à un très long mésentère: le mésentère primitif. Il arrive que dans la majorité des cas, ce mésentère se soude, mais pour le côlon seul qui devient immobile, alors que l'appareil cæcal conserve sa liberté. Sur certains sujets, le péritoine forme en arrière du cæcum, un repli: le mésocæcum, qui le rattache à la fosse iliaque; ce cas s'observe environ 1 fois sur 10. Le mésentère, au niveau du point où l'intestin grêle s'abouche dans le gros intestin, se divise en deux feuillets, antérieur et postérieur, qui s'étalent sur les faces de même nom et vont se rejoindre au niveau de son fond et de son bord externe.

L'appendice hérite de la conformation du cæcum; le péritoine l'entoure en formant le méso-appendice, qui, dans quelques cas, est relié aux organes intra-pelviens, et va se perdre avec le ligament large.

La tunique musculieuse du cæcum est formée par les trois bandes longitudinales précitées; ce sont elles qui forment la couche superficielle, la couche profonde étant formée de fibres circulaires, augmentant d'intensité à mesure que l'on touche le fond du cæcum. Nous savons également que les fibres longitudinales partent au niveau de l'insertion de l'ap-

pendice; cette disposition pourra peut-être influencer sur les causes adjuvantes de l'invagination.

Les tuniques musculouse et celluleuse ne devant jouer aucun rôle dans le sujet que nous étudions, nous les passerons sous silence.

L'appendice formé des mêmes tuniques que le cæcum, possède une paroi très épaisse par rapport à sa cavité centrale. Les fibres longitudinales et circulaires, très rapprochées les unes des autres, lui donnent un pouvoir de contraction égal ou même supérieur à celui du fond du cæcum.



Quand un chirurgien fait une laparotomie, il peut voir en un point quelconque de l'intestin, une contraction circulaire se propageant de proche en proche. Si cette contraction effectue sa marche de bas en haut on a le péristaltisme, en sens contraire c'est de l'antipéristaltisme. Hâtons-nous de dire que le second mouvement est contraire à la normale, et lorsqu'il existe, il constitue un phénomène physiologique qui se traduit par un désordre dans l'organisme. Ces mouvements ne sont point dus à l'excitation directe des fibres intestinales par le froid, l'air, ou à un contact quelconque. Qui, en clinique médicale, sur un sujet à paroi abdominale mince, n'a vu se dessiner les mouvements dont nous parlons; mieux encore, lorsque sur un point de l'intestin, siège un obstacle: hernie étranglée, occlusion quelconque, et que cet intestin, lutte pour briser la résistance et franchir l'obstacle?

Les physiologistes nous enseignent que dans le gros intestin, on constate moins de contractions fibrillaires que dans l'intestin grêle. La constitution du cæcum nous permet de croire que cette portion intestinale ne doit que très peu être inférieure en contractions à la première partie de l'intestin.

N'est-ce pas du point où s'implante l'appendice que se détachent les fibres longitudinales? Et les fibres circulaires

ne sont-elles pas en plus grand nombre au fond du cæcum, dans tout l'appendice, que dans une portion quelconque de l'intestin ?

Des causes extérieures peuvent augmenter ou même exagérer ces contractions ; citons par exemple un choc, un froissement. Les effets thérapeutiques de l'opium, de la morphine ne sont plus à discuter et nous convainquent que si les mouvements péristaltiques de l'intestin peuvent être accrus, ils peuvent aussi être notablement diminués.

En quittant le jejuno-iléon, les matières tombent dans le cæcum, après avoir franchi la valvule de Bauhin, et elles peuvent y séjourner un temps plus ou moins long. Les lèvres de cette valvule forment une fermeture hydraulique à peu près infranchissable, et d'autant plus exacte que la pression exercée sur elle est plus forte, empêchant tout retour des matières fécales vers l'iléon. La théorie longtemps admise de la valvule, comme barrière des apothicaires, a été mise en brèche par les expériences de Huchard, Genersich, Dauriac et Lesage ; et il est admis désormais, qu'en poussant une injection de trois litres de liquide au moyen d'une sonde œsophagienne, on force facilement la valvule ; avec une injection de six litres d'eau on peut pénétrer dans l'estomac.

Chacune des choses que nous venons de décrire va être appelée à jouer un rôle dans l'étude que nous avons en vue, et servir de base aux différentes théories que nous allons émettre et discuter.

## CHAPITRE III

---

### Mécanisme. — Étiologie.

Qu'est-ce qu'une invagination, et comment se produit-elle? Dance (1) la définissait: « la pénétration ou l'introduction avec renversement d'une quantité plus ou moins considérable de toutes les membranes de l'intestin, dans la cavité d'une autre portion d'intestin, ordinairement située au-dessous de la première, à la suite de mouvements désordonnés qui peuvent affecter sous l'influence de plusieurs causes, la longueur du tube intestinal. » Lorsque, dit-il encore « le mouvement intestinal devient précipité, partiel, irrégulier, désordonné, l'invagination peut se produire parce que les contractions vives et partielles tendent à insinuer la portion d'intestin qui se contracte, dans la cavité de celle qui reste immobile. » Pour que l'invagination se produise, il faut donc ou une contraction de la partie qui va s'invaginer ou une dilatation de la partie qui doit recevoir l'autre ou une inégalité de calibre due à la structure de quelque portion du tube digestif. Un spasme peut réaliser la première condition, une distension gazeuse, la seconde. Quant à la troisième, elle existe en permanence dans

(1, Dance, *Guy's Hospital reports*, 1888.

l'iléon et le cæcum. Cruveilhier a ainsi formulé les règles de l'invagination: « rétrécissement d'une portion limitée d'intestin et raccourcissement de cette portion et de celle qui lui fait suite. »

Le mouvement intestinal se décompose en deux: l'un résultant de la contraction des fibres circulaires, l'autre de la contraction des fibres longitudinales. Que va-t-il se passer sous l'influence d'une contraction spasmodique violente? Les fibres longitudinales se raccourcissent et dilatent l'intestin, en attirant, vers la portion où cette contraction est complète, la portion d'intestin où elle commence; en même temps, les fibres circulaires agissent en rétrécissant l'intestin, et en projetant le segment rétréci dans le segment dilaté. L'action des fibres longitudinales et circulaires se produisant simultanément — puisque la dilatation cesse là où la contraction circulaire commence; et que les fibres longitudinales qui entrent en action sont situées au delà des points circulairement contractés — donne l'explication du télescopage des deux cylindres intestinaux. Or, nous savons qu'un choc violent sur la paroi abdominale, un effort musculaire exagéré, peuvent faire naître une contraction inopinée d'une anse de l'intestin.

Faudrait-il exclure toute théorie mécanique? Une portion d'intestin circulaire resserrée, peut se trouver placée au-dessus d'une portion à l'état de repos, et, par conséquent, relativement dilatée; cela suffira pour que la première glisse dans la seconde, soit par son propre poids, soit par celui des matières fécales, momentanément arrêtées au niveau de la portion rétrécie.

Ces théories physiologiques et mécaniques sont communes à toute invagination; mais, d'autres s'ajoutent à celles que nous avons en vue.

Dans un précédent chapitre nous avons vu de quelle puissance musculaire étaient doués l'appendice et le fond du cæcum? Or, nul doute qu'ils ne se contractent avec beau-

coup plus d'énergie que les autres parties de l'intestin?

L'appendice, par ses contractions, forme une base rigide qui s'invagine dans le cæcum; ou, parfois, c'est le fond de ce dernier — les bandes longitudinales se détachant à ce niveau — qui attire à lui la base de l'appendice. La différence de volume facilite encore l'évolution appendiculaire dans le gros intestin.

Nous ne croyons point, en effet, comme Grisel (1), que c'est au cæcum qu'appartient toujours le premier rôle dans l'invagination étudiée, pas plus que nous voulons laisser à l'appendice seul ce que nous refusons au premier. L'un et l'autre doués des mêmes éléments musculaires, peuvent séparément jouer un rôle identique, ou plus souvent s'associer. Comment expliquer, en effet, l'invagination de la base de l'appendice, sans celle, partielle, du fond du cæcum? et peut-on se représenter le « caput cæci » de Grisel, invaginé, sans participation du « caput appendici »? Il nous semble qu'en la circonstance, appendice et cæcum doivent s'entraider et il est bien difficile d'accorder à l'un ce que l'on refuse à l'autre, c'est ce qui explique notre titre: « Invaginations appendico-cæcales. » Nous admettons bien que l'appendice ait été trouvé complètement invaginé dans le cæcum, mais auquel doit-on attribuer, fond du cæcum ou base de l'appendice, le mouvement générateur?

Monod (2) fait jouer toutefois à l'appendice le rôle dominant. « C'est dit-il, une petite partie de la base de l'appendice qui vient proéminer dans l'intestin entourée de la paroi cæcale refoulée; puis, peu à peu la saillie augmente, et, l'appendice retourné en doigt de gant, apparaît tout entier dans le cæcum, les parois cæcales renversées l'accompagnent à proportion. » Donc le travail de l'invagination de l'appendice et du cæcum, sont en étroite corrélation?

Le cæcum est maintenu en position par deux replis du

(1) Congrès de Rouen, avril 1904.

(2) Rapport à l'Académie, séance du 7 novembre 1905.

mésentère, lesquels peuvent sous l'influence d'une entérop-tose, se laisser distendre et ne servir d'attache, à cette partie de l'intestin que d'une façon très imparfaite. Dans ce cas, il peut venir buter contre la sangle abdominale, dont les muscles, sous l'influence d'un choc, d'un effort, vont se contracter et exciter par action directe, la partie cæcale qui est en rapport avec eux.

Dans quelques cas le méso-appendice se trouve relié aux organes intra-pelviens et peut, dans les mouvements divers du cæcum, attirer en haut la base de l'appendice, et aider à l'invagination; nous avouons que cette disposition est rare et ne mérite que d'être citée.

Les matières fécales accumulées dans le gros intestin peuvent jouer le rôle de corps étranger; et, en le distendant outre mesure produire l'éversion de la base de l'appendice, point de départ de l'invagination; car une fois le premier temps accompli, c'est-à-dire la pénétration d'une portion même très brève de l'intestin dans une autre, la contraction agit sur cette portion et la fait progresser comme elle le ferait pour un bol fécal ou un corps étranger.

Il nous reste encore à mentionner l'influence exercée par les positions hautes et basses du cæcum. Nul doute que la position haute tienne une place marquée et c'est là peut-être, que nous devons chercher l'explication des cas nombreux observés chez les enfants. Nous en avons relaté 16 cas, sur 24 cités. Il est certain que cette position, s'associant à d'autres causes, devient un puissant moyen adjuvant. Hâtons-nous de reproduire, pour parfois expliquer la fréquence de l'invagination dans l'enfance, l'ancienne théorie faisant jouer un rôle aux lombrics par excitation directe de la tunique musculaire.

Lilienthal (1) et Lauenstein (2) ont constaté dans deux observations, l'une intéressant un enfant de trois ans, l'autre un

(1) Lilienthal. *Medical Record*, 20 décembre 1901.

(2) Lauenstein. *Deutsch. med. Woch.*, 1898.

enfant de huit mois, une inflammation chronique de l'appendice; et, ils s'en sont servis pour expliquer certaines invaginations cæcales. Sans rejeter cette théorie, il nous semble à première vue bien difficile de dire si cette inflammation a précédé ou suivi l'invagination.

D'autres tels que Pilz et Kundrat, et, après eux, Horn (1) ont fait jouer à la disposition des couches musculaires au niveau de l'angle iléo-cæcal, un certain rôle.

Tous les auteurs, enfin, ont noté l'irrégularité et la violence des contractions musculaires réflexes chez l'enfant.

Les invaginations cæcales sont de celles que l'on rencontre le moins fréquemment surtout en France. En Angleterre comme le montrent les différents auteurs, qui en ont cité des cas assez nombreux — puisque presque toutes nos observations leur sont empruntées — elles n'y sont pas aussi rares. Hilton et Fagge ont constaté qu'elles atteignaient 13 0/0 par rapport aux autres invaginations et Grisel 8 0/0.

Sur 84 cas appartenant aux âges situés entre 1 et 15 ans, on trouve:

|    |                                 |         |
|----|---------------------------------|---------|
| 31 | cas d'invagination iléo-cæcale, | 37 0 0; |
| 25 | — entérique,                    | 30 0 0; |
| 15 | — iléo-colique,                 | 18 0 0; |
| 6  | — colique,                      | 8 0 0;  |
| 7  | — appendico-cæcale,             | 8 0 0.  |

Dans ces mêmes statistiques, on s'aperçoit que les différents âges en sont plus ou moins dotés. C'est ainsi que d'après Leichtenstern et nos observations, on trouve son maximum de fréquence entre la première et la dixième année pour rester stationnaire de 20 à 40 ans, et diminuer encore à partir de cet âge.

(1) Fr. Horn. *Jahrb. für. Kinderh.*, 1899.

Sur 32 observations, on rencontre de:

|                    |        |
|--------------------|--------|
| 1 mois à 1 an..... | 2 cas. |
| 1 an à 10 — .....  | 15 —   |
| 10 — 20 — .....    | 3 —    |
| 20 — 40 — .....    | 4 —    |
| 40 — 50 — .....    | 2 —    |
| 50 — 60 — .....    | 2 —    |

A quoi attribuer cette prédilection pour l'enfance? à ce que, en dehors de la conformation particulière du cæcum, les adhérences qui le maintiennent à la fosse iliaque sont beaucoup plus circonscrites et moins intimes que dans l'âge mûr. Les lésions si fréquentes du premier âge n'y contribuent-elles pas encore? La dysenterie, l'entéro-colite, aiguë ou chronique (obs. XIII) doivent, nous en convenons, avoir une large part dans la production fréquente, non seulement dans la production des invaginations cæcales, mais des autres aussi; plus tard, on accusera la rougeole, la fièvre typhoïde, la variole, sans en bien démontrer les effets. Quant à l'hérédité, et à la santé antérieure, elles ne doivent pas être mises en ligne de compte.

Mais si toutes les causes invoquées ont, prises à part, une minime importance, elles peuvent, jointes à beaucoup d'autres, expliquer plus d'un cas.

L'absorption de substances indigestes et surtout les traumatismes de la paroi abdominale, les violences plus ou moins éloignées, tel qu'un ébranlement du corps: chute sur le siège, ou un grand effort: soulèvement de fardeaux trop lourds, sont les causes effectives des invaginations. Des observations montrent que des sujets ont été pris de douleurs et de vomissements, après avoir exercé un violent effort (obs. XXXI); après un repas (obs. XXXII), après une chute sur le ventre (obs. XV). Le froid par l'exposition du corps à l'humidité peut encore expliquer la prédisposition de l'organisme à une pareille affection. L'observation personnelle

que nous avons citée, et, qui intéresse un scieur de long, que nous venons d'énumérer.

Le fond du cæcum et l'appendice, de par leur structure spéciale, la laxité de leurs ligaments, la place qu'ils occupent dans la cavité abdominale, leur forme, sont donc sujets à s'invaginer; et, ils y sont aidés par toutes les causes que nous venons d'énumérer.

---

## CHAPITRE IV

---

### **Lésions anatomiques macroscopiques**

Les invaginations que nous avons en vue — la base de l'appendice s'éversant et entraînant le fond du cæcum qui pénètre à la façon d'un doigt de gant, dans sa portion supérieure ou remonte dans le côlon ascendant — peuvent encore être comparées au télescopage des cylindres mobiles d'une longue vue. Ils forment trois cylindres superposés: l'externe, la gaine, le moyen et l'interne, le boudin. Le rebord circulaire produit par le reploiement de la gaine d'invagination est le collet.

En faisant une section transversale nous allons trouver nos cylindres composés, de la partie superficielle à la partie profonde d'une séreuse, de deux muqueuses adossées, puis, de nouveau, de deux séreuses ayant la même disposition que les deux tuniques précédentes; et, enfin, d'une nouvelle muqueuse.

Cette disposition va pouvoir nous permettre de jeter rapidement un coup d'œil sur les différentes altérations qui vont se produire au cours de notre invagination.

On peut diviser les lésions subies par les cylindres de l'invagination en trois degrés. Dans le premier, nous mentionnerons ceux où les cylindres n'offrent que de très légères

altérations, limitées strictement à la surface; dans le second, les altérations sont plus profondes et consistent en ulcérations plus ou moins étendues et en adhérences; le troisième degré renferme les cas où les lésions ont été poussées à l'extrême et où elles ont amené le sphacèle, les perforations et les ruptures.

Jadis, alors que la chirurgie n'était pas encore née, on ne faisait que naître, il était rare de rencontrer un intestin avec des lésions simplement primordiales. Les observations I, II, III, IV, V et VI en font foi. Aujourd'hui, grâce à une intervention hâtive, on arrive souvent à éviter toute altération profonde de l'intestin. Nous ne voulons pas parler des invaginations aiguës amenant une occlusion complète d'emblée et où le sujet meurt avant que des lésions aient eu le temps de se produire. Mais il existe des cas nombreux où les tuniques intestinales restent tellement rapprochées de leur aspect normal, que des désordres graves sont peu à craindre; ce sont les cas d'invaginations chroniques, qui peuvent persister des mois sans que l'intestin soit profondément modifié.

L'intestin invaginé présente un changement de coloration. La muqueuse devient plus épaisse. Cet épaissement tient à deux causes: d'abord, au raccourcissement qu'elle subit — les matières fécales ne la distendant plus, ou étant insuffisante pour vaincre la résistance de ses fibres — cette tunique se plisse et se tasse; en second lieu, aux phénomènes congestifs dont elle est le siège. Il arrive parfois que sous l'influence de cette inflammation, la muqueuse s'ulcère (ulcérations superficielles dans les formes chroniques) et par ces érosions peut donner lieu à des selles sanguinolentes qui contribuent à égarer le diagnostic du praticien (observations I, XXI, XXV, XXVII). En livrant passage à des colonies microbiennes qui s'effectuent à travers la paroi, ces érosions peuvent encore donner issue à des coli-bacilles qui pénètrent dans les diverses tuniques, à la faveur des altérations des cellules épithéliales de la mu-

queuse et qui aident, avec la compression mécanique et les hémorragies intrapariétales, à former les ecchymoses que l'on rencontre, voire même la nécrose ou le sphacèle, qui se produisent après un temps plus ou moins long.

Au-dessous de la muqueuse, le processus inflammatoire se poursuit atteignant les couches sous-jacentes, formées par la musculuse et la celluleuse. Ces tuniques, elles aussi, s'infiltrant et s'œdématisent. Les dégâts ne sont pas toujours d'une bénignité aussi relative; et quand l'expectation était l'arme favorite de la médecine, que de perforations n'a-t-on point comptées?

Lorsque l'invagination existe de longue date, l'augmentation de volume des parois invaginées offre un caractère frappant; c'est grâce à elles que le chirurgien a quelquefois pu se méprendre et diagnostiquer un rein flottant (observation XXVII, une tumeur de la vésicule biliaire (observation XXXI), un cancer du cæcum (obs. XX), ou une péritonite tuberculeuse (obs. XXII). La mobilité, nous le voulons bien et le degré de l'invagination aident bien à faire fausse route; mais, l'épaisseur des parois joue le rôle principal en donnant au palper la sensation d'une tumeur. Qu'y a-t-il de surprenant, puisque les autopsies ont révélé des tuniques épaisses jusqu'à  $\frac{3}{4}$  de pouce (Fagge)? A cette paroi épaisse, s'ajoute le nombre des fibres musculaires — deux cylindres emboîtés l'un dans l'autre — et la force de leur contraction luttant contre l'obstacle.

Les lésions des séreuses accolées dans les parties invaginées ont une importance primordiale. C'est de l'intégrité de cette tunique que dépend la possibilité de la réduction et par suite les chances de guérison. Les adhérences produites tardivement et constituées par des tissus de nouvelle formation ne laissent pas que d'être solides et, en amenant l'adhérence des deux feuillets, d'offrir un obstacle invincible aux efforts du chirurgien. La résection, dans ce cas, est de règle; mais elle ne met pas à l'abri de tout danger. Toutefois, le fait ne doit pas être généralisé; car, des

invaginations datant de plusieurs mois, ont pu facilement être réduites, témoin, l'observation qui nous est personnelle. Quant à localiser un endroit où se produisent ces adhérences ce n'est pas possible. Toutefois, nous pouvons certifier qu'on les trouve de préférence, là où le processus inflammatoire est le plus marqué; et, c'est au niveau du collet que les choses existent le plus habituellement.

---

## CHAPITRE V

---

### **Symptomatologie. — Diagnostic différentiel**

Dans les invaginations cæcales, les symptômes varient suivant le degré. Or, trois degrés sont à considérer. Dans le premier, l'invagination est passagère et se réduit d'elle-même; c'est le premier cas de Jalaguier. Dans le second, l'invagination persiste, mais ne dépasse pas la valvule iléo-cæcale; la portion invaginée se trouve située au-dessous de cette valvule sans participation de l'iléon. La seconde observation de Jalaguier et l'une citée par nous, appartiennent à ce degré. Nous rangerons dans le troisième, les invaginations parties de l'appendice et du fond du cæcum, et, entraînant la valvule iléo-cæcale et l'intestin grêle sur une plus ou moins grande étendue avec emboîtement secondaire dans le côlon ascendant et, même au delà.

On comprend que d'après ces degrés, les phénomènes d'occlusion vont être plus ou moins prononcés. Nous ne voulons pas parler des occlusions aiguës, où un sujet, pris subitement en pleine santé, présentera des symptômes nerveux d'origine réflexe, qui vont, en quelques instants, amener l'épuisement de l'organisme entier et entraîner la mort dans un temps très limité. Ces cas sont exceptionnels dans le sujet que nous traitons et nous n'y insisterons pas. Sur

32 cas, un seul est relaté: il concerne un nourrisson âgé de six mois (obs. VII).

Dans les invaginations que nous avons en vue, et, appelées par Lobstein, chroniques; par Michaux (1), subaiguës, les choses vont se passer bien plus simplement. Le début va être tantôt brusque, ou précédé de troubles généraux du côté de l'appareil digestif et la maladie va traîner en longueur avec des alternatives de mieux et de pis. Quelquefois, le patient se croira guéri, reprendra ses habitudes, et de nouveau les premiers symptômes le rappelleront à la réalité. Toutes nos observations montrent que nous sommes en présence d'un cas essentiellement chronique, dont la durée peut atteindre plusieurs mois, jusqu'au moment où des lésions anatomiques graves vont se produire, si l'intervention chirurgicale n'est pas venue entraver la marche et soustraire l'individu à une mort certaine.

Bristowes (2), fait ainsi le tableau clinique de l'affection: « Dans cette invagination, dit-il, le cas d'étranglement effectif se produit assez rarement, et la maladie tend à traîner beaucoup en longueur. Dans ces circonstances, les symptômes ont de la tendance à se mal dessiner; les paroxysmes de la douleur sont souvent légers, et, se reproduisent à des intervalles éloignés; la constipation peut n'exister qu'au commencement seulement, ou ne se produire que de temps à autre, ou même ne jamais exister d'une manière positive. Il y a généralement plus ou moins de vomissements. A mesure que la maladie fait des progrès, cependant, la douleur augmente d'intensité; les vomissements deviennent de plus en plus répétés, et quelquefois stercoraux; les évacuations alvines continuent à passer; du sang et du mucus sont rejetés en quantité variable, et souvent une diarrhée dysentérique a lieu. Et alors, après une période plus ou moins longue, quelquefois après deux, trois, quatre mois, l'affaiblissement

(1) Michaux. Rapport à la Soc. de Chirurgie, 27 juin 1900.

(2) *In system of médecine de Reynolds*, 1871, t. II, p. 88.

et l'émaciation deviennent extrêmes, et le patient succombe simplement aux progrès de l'épuisement. »

Voilà en quelques mots l'évolution de la maladie, avec ses alternatives d'oscillations et de rémittences.

Avec la connaissance parfaite de ces symptômes, si le chirurgien est mis en éveil, le diagnostic se pourra faire. Etudions donc séparément chacun d'eux.

Le premier signe qui éveille l'attention c'est la douleur à la suite d'un effort (obs. XXXI), à la suite d'une chute (obs. XXVII), à la suite d'un coup sur la paroi abdominale (observations XXIX), à la suite d'un repas (obs. II-XXXII), le malade, en pleine santé, est pris d'une douleur atroce, s'irradiant aux lombes, aux aines, aux flancs, aux testicules, et, accompagnée d'un sentiment de torsion, d'arrachement. Ce paroxysme décroît peu à peu pour reparaître quelques instants après. Le patient, durant la crise, devient blême, des sueurs perlent sur son visage; et son état général explique bien ce terme « d'agonie », employé par les auteurs anglais. Plus souvent, la douleur se produit graduellement, succédant à un sentiment de gêne, de malaise dans l'abdomen, et, atteint bientôt la violence que nous venons de signaler. A cette douleur succède des intervalles de calme qui sont assez prolongés parfois pour faire croire à une guérison complète et permettre au malade de reprendre son travail.

La fosse iliaque droite est le siège le plus habituel de la douleur ; mais, rarement elle se limite à cette région et il est assez difficile, pendant une crise, d'en déterminer exactement l'endroit. La pression diminue son acuité et explique les différentes positions prises par le malade pour calmer ses souffrances.

Que de fois, peut-être, chez un nourrisson, n'a-t-on pas accordé à des convulsions dont on ignore l'origine les désordres produits par une invagination aiguë ou chronique. Les faits auraient besoin d'être étudiés.

En même temps que la douleur, apparaissent les vo-

missemments. Quelquefois, le malade en est exempt, et tout se borne à des troubles digestifs plus ou moins marqués. Rarement, hâtons-nous de le dire, pareil état de choses existe; et, si les vomissements apparaissent tardivement, ils n'en existent pas moins dans la majorité des cas. On a cependant vu des invaginations cæcales évoluer sans ces troubles. A cela rien d'étonnant, si l'on songe que bien des fois, le fond du cæcum ne remonte pas assez haut pour obturer complètement la valvule iléo-cæcale, ou, s'il la dépasse, il l'entraîne avec lui; il n'y a pas alors, dans les deux cas, occlusion, mais simplement rétrécissement et le cours des matières est entravé sans être arrêté. Les observations sont rares où les vomissements ont fait totalement défaut. Dans les 32 que nous avons relatées, une seule fait exception (obs. XVI). Si les coliques sont variables, les vomissements ne le leur cèdent en rien; ils vont exister, chez certains sujets, pendant toute la durée de l'affection, alors, que chez d'autres ils vont manquer au début, disparaître un certain temps pour réparaître de nouveau, sous l'influence d'une alimentation mal dirigée, ou bien, être le symptôme précurseur d'une mort imminente. Comment expliquer ces variations? par le degré de perméabilité du canal central. On comprend aisément, dans quel état cachectique, le sujet va se trouver, si ces symptômes persistent longtemps.

Avec les vomissements un autre signe de premier ordre existe; ce sont les selles. Ici, encore, rien d'absolu. La constipation est la règle (obs. I, XIII, XVII, XX), mais la diarrhée peut la remplacer ou alterner avec elle. Dans certains cas, les selles sont rares, dans d'autres elles atteignent la fréquence des selles dysentériques, souvent elles restent naturelles, quotidiennes et faciles. D'autres fois, on y note du sang pur ou mélangé de mucus (obs. I, VII, IX, X, XI, XVI, XXV, XXVII, XXX); ce sang peut être évacué en plus ou moins grande quantité, avec des couleurs variables suivant qu'il a séjourné plus ou moins longtemps dans le tube digestif, ou, qu'il a été associé à des matières étrangères.

Ces selles sanguinolentes peuvent s'accompagner de lénesme et d'épreintes douloureuses. Le cas est assez rare, sauf pour les invaginations où le cæcum a été entraîné très loin de son siège habituel.

Un signe non moins important que les précédents, c'est l'existence dans l'abdomen d'une masse perçue parfois au niveau du rein, sous le foie suivant qu'elle siège dans la région du cæcum, du côlon ascendant, transverse ou descendant. Quand le ventre n'est pas très douloureux, et permet une exploration facile, le clinicien peut facilement se faire une idée nette de la tumeur. Elle se présente à lui avec les caractères suivants : essentiellement mobile, variant de position d'un jour à l'autre. Après un certain temps, toutefois alors que des adhérences nombreuses se sont formées, elle occupera une situation fixe, tantôt du volume d'une noix, tantôt du volume du poing, suivant la quantité d'intestin invaginé ; elle peut se modifier sous les mains mêmes du chirurgien ; les observations III, XI, XVI, nous montrent un cas de ce genre. Quand elle disparaît aussi par massage, elle s'accompagne d'un bruit de gargouillement, indice de la réduction de la hernie. Régulièrement arrondie ou affectant la forme d'un œuf, d'un cylindre comparé à un boudin, elle conserve toujours des limites nettement précises. Elle donne au toucher, la sensation d'une masse dure, offrant la résistance d'un amas de matières fécales ; surtout après un certain temps, alors que l'épaississement des parois invaginées a atteint son maximum. Des sujets aussi faciles à examiner sont l'infinité minorité ; bien souvent, le palper ne donne pas de renseignements aussi précis. Pour peu que la paroi abdominale soit contractée, la douleur réveillée par un simple contact, l'examen devient on ne peut plus difficile ; et, si la tumeur est petite ou excessivement mobile, elle passe inaperçue ; non point qu'elle n'existe pas, car 29 fois sur 30 on a constaté sa présence, mais parce que un concours de circonstances défavorables la rendent introuvable, il est vrai que le chloroforme peut rendre en pareilles occasions, de signalés services.

Nous ne parlons pas du signe de Dance (1), signe sans grande valeur et dans lequel le cæcum invaginé détermine une dépression dans la fosse iliaque. Bien des fois, il peut être déplacé, sans qu'il y ait invagination.



Grisolles (2) a dit: « les invaginations qui révèlent la forme chronique sont de toutes les maladies difficiles à diagnostiquer, une de celles qui l'est le plus. » Nos observations montrent en effet, combien d'erreurs ont été faites. Cancer de l'intestin (obs. XX), appendicite (obs. XXIV, XXIX, XXXII), péritonite tuberculeuse (obs. XXII, XXIX), tumeur fécale, dysenterie, telles sont les différentes affections avec lesquelles on les a confondues.

Douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée, selles muco-sanguinolentes, tumeur dans l'abdomen, évolution capricieuse de la maladie, voilà les symptômes dominants de l'invagination appendico-cæcale. Pareils symptômes existent-ils dans le cancer de l'intestin? pour quelques-uns, oui, mais, avec des degrés de variation. Nous y trouvons de la douleur, mais elle est moins vive, et a pour caractère d'être sourde, lancinante. Ces vomissements, presque toujours fécaloïdes, n'existent qu'à la dernière période, alors que l'occlusion est sur le point d'être complète. Les selles, mélangées de matières fécales et de sang noirâtre, et, non plus rouge vif, ressemblent à du marc de café; jamais de diarrhée muco-sanguinolente. La tumeur inégale, bosselée, sans limites nettement précises, est plus ou moins mobile. L'évolution de l'affection dépassant presque toujours celle de l'invagination, amène chez le sujet un état cachectique beaucoup plus prononcé.

Intéressant les mêmes organes, appendicite et invagina-

(1) *Guy's Hospital reports*. 1838.

(2) *Bulletin Société anat.*, 1835, p. 16.

tion cæcale ont été souvent prises l'une pour l'autre. La douleur appendiculaire, disent les classiques, n'atteint jamais d'emblée toute son acuité; elle a un lieu initial, un foyer maximum: le point de Mac-Burney. Rien n'est plus variable; car elle peut atteindre subitement son maximum ou débiter insensiblement pour arriver peu à peu au paroxysme; ses irradiations, d'autre part, empêchent souvent de déterminer un point nettement précis. Douleurs d'appendicite, et douleurs d'invagination, on le voit, ont bien des ressemblances. La tumeur, lorsque le ballonnement du ventre ne s'y oppose pas, apparaît sous la forme d'un plateau formant une plaque d'induration. Mais combien d'auteurs ont décrit une tumeur cæcale en boudin, formant une masse cylindrique, allongée et mate, due à une sensation décevante produite par la défense musculaire. Toutefois cette tumeur a des limites moins nettes, ne se déplace pas avec le temps, et ne disparaît pas d'un jour à l'autre, mais graduellement; jamais non plus le massage n'arrivera à la fondre (obs. XI et XVI). En cas de doute, l'anesthésie du sujet apportera un grand secours à l'examen qui ne sera plus gêné par la contraction des muscles de la paroi abdominale. Quand la tumeur apparaît avec cette netteté, on pourra porter un diagnostic. Mais, comment différencier une invagination passagère du « caput cæci », ou de la base de l'appendice, d'une appendicite simple? La chose, on le conçoit, est des plus délicates.

La constipation est de règle dans l'appendicite; ne l'est-elle pas dans l'invagination? toutefois la diarrhée seule ou alternant avec des selles dures, peut exister dans l'invagination subaiguë (obs. III, XXII, XXVII, XXXI); pas d'absence complète des selles dans l'un comme dans l'autre cas, sauf les premiers jours (obs. VII, XIII, XVII, XXIV). Les vomissements sont de règle (sauf obs. XVI), et n'ont rien de caractéristique; leur début est marqué par le rejet de matières alimentaires, et, la fin, de matières fécaloïdes. Le facies abdominal, l'altération du pouls peuvent exister égale-

ment de part et d'autre. Seule, la température peut éclairer le diagnostic; dans les invaginations cæcales, elle est peu élevée ou n'existe même pas, tandis que dans l'appendicite, elle oscille entre 38°5 et 39°, se maintenant ou augmentant pendant toute la durée de la maladie, et, disparaissant progressivement au bout de quelques jours, si la crise a été simple, en même temps que disparaît l'empâtement siégeant dans la fosse iliaque.

On voit combien il est difficile souvent de se prononcer. Nous avouons toutefois, que quand les deux affections ont des symptômes nettement précis, le diagnostic se fait, mais les faits de ce genre sont rares.

Des tumeurs fécales ont, quelquefois, pu induire en erreur. On se rappellera qu'en malaxant la tumeur, elle passe de la consistance dure, à une consistance semi-dure; puis, une pareille tumeur n'a dans sa forme rien qui rappelle le boudin d'invagination; elle n'est pas cylindrique ni régulière; pas douloureuse non-plus; et elle s'accompagne la plupart du temps de météorisme.

Ce qui différenciera la dysenterie, quoique les selles muco-sanguinolentes soient communes, ce sera la présence de fièvre et l'absence de tumeur.

Quant à la péritonite tuberculeuse, les antécédents, le début de la maladie, l'état général, l'auscultation, la température mettront sur la voie. La douleur à la pression sera supportable, la tumeur aura la forme d'un vaste gâteau, et la constipation alternera avec la diarrhée.

S'il arrivait que l'anse invaginée remonta sous le foie comme dans l'observation XXXI, et que les troubles digestifs fussent peu marqués, une ponction suivie d'une laparotomie exploratrice pourrait seule trancher la question.

Une invagination cæcale a également, dans l'observation XXVII, été prise pour un rein mobile. L'examen par le procédé de Glénard ou Guyon peut en ce cas être d'un précieux secours; mais, comme cette affection intéresse souvent des gens neurasthéniques ou hystériques, la palpa-

tion est rendue très difficile; les autres symptômes: constipation, douleurs, vomissements, prédominance du rein déplacé à droite, ne sont pas faits pour aider au diagnostic. Cependant, l'entéroptose habituelle, l'apparition par crises plus ou moins espacées, dans l'intervalle desquelles le malade peut vaquer à ses occupations sans être incommodé, l'absence de selles muco-sanguinolentes (un tiers des cas), peuvent apporter d'utiles renseignements. L'examen de l'appareil urinaire du sujet finira de trancher la question.

Voilà en quelques mots, l'étude clinique de l'affection que nous avons en vue. Les symptômes n'ayant rien de nettement précis, et beaucoup d'entre eux étant communs à d'autres maladies, le diagnostic, de ce fait, en devient assez difficile et prête, comme le montrent différentes observations, à de nombreuses erreurs, du reste, bien excusables.

---

## CHAPITRE VI

---

### Traitement

*Méthodes non sanglantes.* — Avant 1814, on faisait grand usage des méthodes non sanglantes, puisque Lichtenstern (1) ne cite que 4 cas de laparotomie. En quoi consistaient ces méthodes? Les unes étaient médicales, les autres chirurgicales. Les premières étaient employées dans le but de soulager les douleurs, de supprimer l'action spasmodique de l'intestin et de lui permettre de se dégager par ses propres efforts. Telle était l'explication de l'usage de l'opium, de la belladone, du chloral, etc... Les évacuants: purgatifs et vomitifs étaient réservés pour exciter les contractions musculaires. L'électricité également préconisée par Duchesne pouvait donner les mêmes résultats. La glace était également tentée. Ce traitement nous paraît assez rationnel, puisqu'il pouvait prévenir l'action inflammatoire ou la faire avorter, et qu'il avait en plus l'avantage d'agir comme analgésique et excitant.

Quant aux méthodes chirurgicales, elles furent, elles aussi, essayées avec plus ou moins de chances. Nous allons étudier celles employées.

(1) *Vierte Jahrsch. für die prakt* 1874-74, V. CXVII.

Et d'abord l'insufflation gazeuse; vieille pratique, puisque Hippocrate lui-même l'avait conseillée. Avec des alternatives de faveurs ou de mépris, elle arriva jusqu'à Mitchell et Kingston qui attirèrent sur elle l'attention. L'air était ce que jadis, on pouvait employer. De nos jours, on se sert d'hydrogène, d'acide carbonique, dont on sait les propriétés excitantes, sous forme d'eau de Seltz, ou produit sur place par des lavements successifs de solution de bicarbonate de soude et d'acide tartrique. Un appareil spécial: appareil Lund, ou une sonde à laquelle on adapte une soufflerie quelconque compose tout l'outillage.

A l'insuffisance, on préfère les injections forcées de liquide, autre procédé connu depuis longtemps. Dans nos observations, nous avons souvent vu le cæcum franchir le côlon ascendant, pour pénétrer dans le côlon transverse, descendant, voire même l'S iliaque. Or, que va faire l'injection? distendre le bout inférieur de l'intestin et sa gaine d'invagination, et faire remonter d'une façon toute mécanique la portion invaginée. Le liquide injecté peut être de l'eau froide, tiède ou bouillie. Ce lavement est donné avec un bock placé à une hauteur de 0,80 cent. environ, contenant 500 cm<sup>3</sup> d'eau. On introduit une sonde dans le rectum, aussi loin que possible, et l'on place le sujet en position déclive. Le liquide agit par son propre poids en même temps que par la pression. De temps à autre par le palper, on s'assure de l'état de la tumeur, et on aide à sa disparition par le massage. On doit, en cette circonstance, prendre les précautions d'usage et surveiller attentivement son malade. Deux écueils sont à éviter, qui pourraient, si l'on n'y prenait garde, entraîner de graves dangers: Primo, on ne doit pas attendre trop longtemps pour tenter cette manœuvre, secundo, la force déployée ne doit pas être trop grande, car on risquerait de rupturer l'intestin, surtout le côlon transverse, sur lequel porte toute la pression.

Une autre méthode à signaler, c'est le cathétérisme. Il se fait avec une sonde, munie d'un tampon à son extrémité

et introduite dans le rectum. Cette opération est difficile à exécuter et fait courir au malade de graves dangers : lésions des parois intestinales, ruptures, perforations.

Tous ces procédés sont des procédés d'urgence qui, par leur simplicité restent à la portée de tout praticien. Les succès obtenus ne sont pas à dédaigner. Wigrin sur 39 traités a obtenu 16 guérisons. Barker, 8 sur 10. Quelques auteurs ont reproché à ces différentes méthodes, en outre de la rupture qu'elles peuvent produire, leur inefficacité. Frederick Eve a constaté qu'à Londres où il fut essayé 24 fois, il n'y eut pas une seule réduction complète.

Concluons donc avec Jalaguier, Pitts (1), d'Arcy Power (2), Barker (3), Grisel et tant d'autres que la distension par insufflation, lavements ou cathétérisme est une méthode qui a donné quelques succès, et qu'elle ne doit pas, de parti pris, être complètement dédaignée, surtout si on la tente au début de l'invagination.

*Méthodes sanglantes.* — Mais si tous ces moyens restent vains, si l'état du malade s'aggrave de jour en jour, il faut alors recourir à des méthodes sanglantes. Quelles sont-elles ? Laparotomie et désinvagination simple, résection du boudin invaginé, anus artificiel.

Où faire l'incision pour la laparotomie ? D'aucuns disent sur la ligne médiane, dans la région sous-ombilicale, d'autres sur le bord externe du grand droit. Il nous semble comme le préconise Lilienthal, que le siège de la tumeur doit seul guider le chirurgien. L'incision faite, il faut énucléer le boudin invaginé. On se représente facilement les difficultés de ce temps de l'opération, si le cæcum surtout est très invaginé. Une injection rectale donnée à l'opéré peut aider à la réduction, et être à ce moment d'un pré-

(1) *The lancet*, 12 juin.

(2) *Edinburgh med. Journ.*, p. 892.

(3) *Archives de Laugenbeck*, 1903, t. LXXI, p. 147.

cieux secours. Comme dans toute hernie étranglée, l'opérateur après des invaginations, doit avec grand soin examiner le segment invaginé; et, s'il n'y constate aucune des lésions que nous avons précédemment décrites (Chapitre lésions) pouvant entraîner des complications, il est autorisé à la remettre dans la cavité abdominale. Quelquefois, l'invagination se reproduit sous les yeux mêmes du chirurgien. Qu'y a-t-il à faire en ce cas? Si l'intestin est gravement altéré, la résection s'impose, si non, on peut avoir recours à un des procédés suivants (Grisel) (1).

Roser conseille de fixer le boudin désinvaginé à la paroi abdominale, et Lilienthal (2) et Owen (3), dans 3 cas d'invaginations, ont fixé le cæcum à la plaie. C'est également ce qui fut fait dans le premier cas dont nous fûmes témoin.

Senn propose de raccourcir le mésentère en lui faisant une plicature parallèle à l'intestin.

Hawson-Ray (4), maintient le cul-de-sac cæcal par l'intermédiaire du méso-appendice qu'il relie à la face gauche du mésentère iléo-colique.

M. Jalaguier a cherché à prévenir une réinvagination du cæcum en déterminant une plicature longitudinale sur cette partie de l'intestin.

Après l'opération, les soins consécutifs prennent une grande part à la guérison et Barker les résume ainsi:

1<sup>o</sup> Donner de l'opium en quantité relativement importante pour l'âge de la personne de façon à la maintenir dans un demi-sommeil et à calmer l'intestin.

2<sup>o</sup> Faire le premier pansement et enlever les points de suture sous le sommeil chloroformique.

(1) Congrès de Rouen, avril 1904, p. 22.

(2) *Medical Record*, 28 déc., p. 1032.

(3) *Brit. med. Journ.*, 31 août 1901.

(4) *Lancet*, 29 septembre 1900.

Le moyen de fixation offre-t-il une garantie absolue? nous ne le saurions croire; car, le catgut ou la soie sont résorbés avant que les parois cœcales infiltrées, œdématisées, soient revenues à leur aspect normal, et ne présentent plus aucune tendance à l'invagination. Nous devons cependant nous incliner devant les faits. L'observation I nous a donné un cas de guérison. Mais chez ce même malade, on avait fait une appendicectomie, peut-être par cette intervention avait-on supprimé la cause première de toute récurrence. Les observations III, VII, VIII, IX, X, XIX, nous montrent que par la simple ablation de l'appendice, sans fixation du fond du cæcum, on obtient de bons et durables résultats. Attendons donc avant de préconiser la méthode de Roser et Lilienthal. Quant aux procédés de Senn et Hawson-Ray, ils sont parfaits au point de vue théorique, le sont-ils en pratique?

Dans les invaginations que nous avons en vue, il arrive que l'anse invaginée contracte des adhérences nombreuses et solides, et que par suite, la réduction devienne impossible, surtout lorsque cet état de choses persiste depuis longtemps. Comment agir en la circonstance? La résection s'impose. Ou bien elle consiste à enlever tout un segment d'intestin et à réunir les deux bouts par une anastomose terminale ou à faire usage du bouton de Murphy, ou bien encore à aller par une boutonnière, réséquer la portion invaginée; trois procédés ont été simultanément employés. Griscl (1) les a magistralement décrits: nous les lui empruntons:

*Procédé Widenham Maunsell, 1892.* — On attire la tête de l'invagination par une incision longitudinale de la gaine. On transfixe par deux fils la base des deux cylindres invaginés qui sont réséqués. Les deux moignons concentriques restants, voisins du collier et encore invaginés, sont unis

(1) Congrès de Rouen, avril 1904, p. 30.

par une série de points de suture. Enfin l'incision longitudinale de la gaine est refermée. On a procédé à une élimination artificielle.

*Procédé Barker, Rydyger, 1895* (1). — Depuis longtemps, Barker a perfectionné le procédé Maunsell en suturant le collier à la partie de l'intestin sus-jacent qui va constituer plus bas le cylindre interne, pour opérer sur des parties saines. Barker recommande d'augmenter un peu l'invagination. Le doigt introduit dans le haut supérieur à travers le collier.

*Procédé d'Oderfeld* (2). — Il propose, pour éviter les manipulations septiques de l'intussusception et la ligature difficile du moignon mésentérique invaginé qui sont les écueils des procédés précédents, de réséquer le collier de l'invagination comme une tumeur, entre deux pinces. L'une est placée au-dessus, l'autre est placée au-dessous sur la gaine. On sectionne ce qui est entre les pinces et on lie le mésentère correspondant. La pince mise sur la gaine serre en même temps la tête de l'invagination libérée par la section, artificiellement éliminée. On desserre la pince et on repousse dans l'intestin, sous-jacent, l'intussusception libérée, qui est ainsi évacuée par l'anus. On replace aussitôt la pince et on réunit les deux extrémités de l'intestin par un des procédés d'entérorraphie ou d'entéro-anastomose.

Laparotomie et désinvagination simple, résection du boudin invaginé telles sont les deux méthodes généralement employées, la seconde surtout. Hâtons-nous de dire que c'est celle que tout chirurgien devrait adopter. Si nous nous en rapportons aux faits, nous voyons que sur 32 observations recueillies, il y a eu 22 interventions, dont 19 résections, soit de l'appendice, soit de tout le bloc invaginé. Et sur ces

(1) Figure dans Lejars : Chirurgie d'urgence, 3<sup>e</sup> édition, p. 461.

(2) Jeannel : Chirurgie de l'intestin, 1901, p. 491.

19 opérés, il y a eu 16 guérisons. Ces résultats, il nous semble, sont assez concluants.

Nous voulons citer, à titre de documents, un troisième procédé, aujourd'hui presque délaissé. C'est l'anús artificiel. Lorsque l'irrédutibilité a été essayée en vain, que l'anse intestinale est gangrenée ou menace de se perforer, on fait un anus contre nature. Les 7 premières observations, empruntées à des âges assez lointains, nous montrent 7 morts survenues par perforation. L'observation XVI, la seule où l'on ait tenté pareille intervention, confirme le peu de faveur que nous accordons à ce procédé. C'est une méthode palliative et non curative. Elle n'empêche pas une perforation, avec tous ses désastres, de se produire; puis, ne se produirait-elle pas qu'il va se former entre l'invagination et l'anús artificiel une sorte de cloaque où les matières vont séjourner et ulcérer l'anse et la perforer. Elle ralentit la marche des accidents, mais ne les arrête pas. Elle est l'ultime ressource du chirurgien et le suprême espoir du malade.

Nous ne traitons pas de la marche et du pronostic de la maladie; nos observations parlent d'elles-mêmes (voyez tableau ci-joint).

Terminons donc en disant que la désinvagination est le but et doit être faite aussitôt que possible; si elle échoue, il faut recourir à la résection de la partie invaginée.

---

| OBSERVATIONS           | SEXE              | NATURE DES LÉSIONS                                                                                                                   | INTERVENTION                                 | SUITES    | DURÉE<br>DE LA MALADIE |
|------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------|------------------------|
| 1. Horteloup 1825..... | Garçon 22 ans.    | Invagination du cæcum dans le côlon ascendant, transverse et l'S iliaque.                                                            | »                                            | Mort.     | Plusieurs mois.        |
| 2. Grisolle. 1835..... | Garçon 29 ans.    | Invagination du cæcum et de la partie terminale de l'iléon.                                                                          | »                                            | Mort.     | 3 mois.                |
| 3. Hughes 1856.....    | Garçon 14 ans.    | Invagination appendico-cæcale avec entraînement de la valvule et de l'intestin grêle dans le côlon ascendant.                        | »                                            | Mort.     | 1 mois 1/2.            |
| 4. Kidd 1858.....      | Garçon 7 ans.     | Invagination de l'extrémité inférieure du cæcum et de l'appendice sans participation de l'iléon.                                     | »                                            | Mort.     | 1 mois.                |
| 5. Fairbank 1861.....  | Garçon 3 ans 1 2  | Invagination cæcale avec enboîtement dans le côlon ascendant transverse et anse sigmoïde.                                            | »                                            | Mort.     | 8 mois.                |
| 6. Chaffey 1888.....   | Garçon 3 ans.     | Invagination du cæcum, de l'appendice et de la valvule iléo-cæcale.                                                                  | »                                            | Mort.     | 15 jours.              |
| 7. Simon J. 1889.....  | Fille 6 mois.     | Invagination du cæcum et de l'appendice dans le côlon ascendant et transverse.                                                       | »                                            | Mort.     | 8 jours.               |
| 8. Orton J. 1893.....  | Homme 58 ans.     | Invagination cæcale avec entraînement de la valvule et de l'intestin grêle dans le côlon ascendante et, jusque dans l'anse sigmoïde. | »                                            | Mort.     | 3 ans 1 2              |
| 9. M. Graw 1896.....   | Garçon 7 ans.     | Invagination de l'appendice et du cæcum, sans participation de l'iléon.                                                              | Réséction de l'extrémité inférieure du cæcum | Guérison. | Plusieurs mois.        |
| 10 Wright et Knowles   | Fille 2 ans 1 2.  | Invagination de la base de l'appendice dans le cæcum.                                                                                | Réséction de l'appendice                     | Guérison. | 1 mois.                |
| 11. Pitts 1897.....    | Garçon 2 ans 1 2. | Invagination du cæcum dans le côlon.                                                                                                 | Réséction de l'appendice                     | Guérison. | 3 mois 1 2             |

# Invaginations appendico-caecales

| OBSERVATIONS                     | SEXE              | NATURE DES LÉSIONS                                                                                                   | INTERVENTION                                   | SUITES    | DURÉE<br>DE LA MALADIE |
|----------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|------------------------|
| 12. Lees and Quarry.<br>Silcack. | Garçon 4 ans 1 2. | Invagination appendico-caecale avec entraînement de la valvule iléo-caecale et emboîtement secondaire dans le colon. | Réséction du cæcum et d'une partie de l'iléon. | Guérison. | 3 mois.                |
| 13. Dartignès 1897.....          | Garçon 14 ans.    | Invagination du cæcum avec son appendice du colon ascendant et d'une portion du colon transverse.                    | Anus artificiel.                               | Mort.     | 20 jours.              |
| 14 D'Arey Power 1897             | »                 | Invagination de la base de l'appendice et du fond du cæcum.                                                          | »                                              | »         | »                      |
| 15. Greig 1897.....              | »                 | Invagination de l'appendice avec participation du caput cæci.                                                        | »                                              | Mort.     | »                      |
| 16. Montsarrat 1900...           | Garçon 4 ans.     | Invagination du fond de l'appendice et du fond du cæcum.                                                             | Désinvagination Résection de l'appendice.      | Guérison. | 1 mois.                |
| 17. Stouffs 1900.....            | Garçon 10 mois.   | Invagination du cæcum à travers tous les colons jusqu'à l'anus.                                                      | Réséction du cæcum.                            | Mort.     | »                      |
| 18. Waterhouse 1901.             | Fillette 4 ans.   | Invagination de l'appendice dans le cæcum                                                                            | Réséction du cæcum.                            | Mort.     | »                      |
| 19. Westermann 1902.             | Fillette 6 ans.   | Invagination iléo-caecale avec appendice invaginé dans le cæcum.                                                     | Réséction de tout le bloc d'invagination.      | Guérison. | »                      |
| 20. Haasler 1902.....            | Femme 42 ans.     | Invagination appendico-caecale. Emboîtement secondaire dans le colon.                                                | Réséction du cæcum.                            | Guérison. | 3 semaines.            |
| 21. Haasler 1902.....            | Garçon 9 ans.     | Invagination du cæcum et de la partie terminale de l'iléon avec emboîtement secondaire dans le colon ascendant.      | Réséction du cæcum.                            | Guérison. | 4 mois.                |

| OBSERVATIONS                | SEXE            | NATURE DES LÉSIONS                                                                                                     | INTERVENTION                                                  | SUITES    | DURÉE<br>DE LA MALADIE |
|-----------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|------------------------|
| 22. Hagarth 1902.....       | Fillette 6 ans. | Invagination iléo-cæcale d'origine appendiculaire. Emboîtement secondaire dans le côlon jusqu'à l'anse sigmoïde.       | Désinvagination partielle<br>Résection de l'appendice         | Guérison. | 15 jours               |
| 23. Jaroslaw Elgart<br>1903 | Femme 33 ans.   | Invagination de l'appendice et du cæcum dans le côlon ascendant avec participation de l'iléon.                         | Résection intestinale.                                        | Guérison. | 4 mois.                |
| 24. Jalaguier 1903.....     | Garçon 7 ans.   | Invagination de l'appendice dans le cœcum.                                                                             | Réduction spontanée.                                          | Guérison. | 1 mois.                |
| 25. Jaroslaw Elgart<br>1903 | Fille 31 ans.   | Invagination de l'intestin grêle et de l'appendice dans le cæcum avec emboîtement secondaire dans le côlon ascendant.  | Appendicectomie à froid<br>Résection intestinale.             | Guérison. | 10 jours.              |
| 26. Jalaguier 1903.....     | Fille 11 ans.   | Invagination de l'appendice dans le cæcum.                                                                             | Appendicectomie après<br>désinvagination.                     | Guérison. | Plusieurs mois.        |
| 27. Jalaguier 1903.....     | Garçon 8 ans.   | Invagination de l'appendice et de la fin de l'iléon dans le cæcum avec emboîtement secondaire dans le côlon ascendant. | Résection de l'appendice<br>après désinvagination<br>facile.  | Guérison. | 3 mois.                |
| 28. Ackermann 1903...       | Fillette 4 ans. | Invagination du cæcum et de l'appendice dans le côlon ascendant.                                                       | Désinvagination partielle<br>Résection du cæcum               | Guérison. | 15 jours               |
| 29. Connor 1903.....        | Garçon 9 ans.   | Invagination de l'iléon dans le cæcum, d'origine appendiculaire.                                                       | Résection de l'extrémité<br>inférieure du cæcum.              | Guérison. | 1 mois 1/2.            |
| 30. Van Ysendyck 1904       | Enfant.         | Invagination de l'iléon, du colon ascendant avec l'appendice et le cæcum.                                              | Elimination du tronçon<br>invaginé par les selles.            | Guérison  |                        |
| 31. Personnelle 1905...     | Homme 45 ans.   | Invagination de l'appendice et de la fin de l'iléon dans le cæcum avec emboîtement dans le côlon.                      | Résection du cæcum.                                           | Mort.     | 2 mois                 |
| 32. Personnelle 1907.       | Homme 53 ans.   | Invagination de l'extrémité inférieure du cæcum et de l'appendice, sans participation de l'iléon.                      | Désinvagination appendicectomie, fixation à la fosse iliaque. | Guérison. | 3 mois.                |

## OBSERVATION I

(Horteloup, Répert. d'anatom. et de physiolog. path. de Breschet.)

### **Invagination du cæcum dans le côlon ascendant, transverse et l'S iliaque. — Péritonite par perforation.**

Pradier, vingt-deux ans. Entré à l'Hôtel-Dieu le 8 août 1825.

Depuis plusieurs mois, il avait éprouvé, à intervalles éloignés, de légères coliques suivies de vomissements et de constipation. Vers la fin de mai, les vomissements avaient augmenté, malgré les purgatifs. Cet homme cependant avait pu reprendre son travail. Ce n'est qu'au commencement d'août que les symptômes s'aggravèrent. En l'examinant, on avait constaté une tuméfaction dure sur le trajet de l'S iliaque. Il avait eu pendant l'intervalle des selles légèrement sanguinolentes. Il mourut le 15.

L'autopsie révéla une invagination formée par le cæcum qui, traversant le côlon ascendant transverse et descendant et, entraînant à sa suite une portion de l'intestin grêle, était descendu jusque dans l'S iliaque. Ce dernier s'étant perforé, le cæcum avait fait irruption dans le bassin. Sur tout le trajet de nombreuses adhérences.

## OBSERVATION II

(Grisolle. *Bulletin de la Société Anatom.*, 1875.)

### **Invagination du cæcum et de la partie terminale de l'iléon avec emboîtement secondaire dans le côlon ascendant et transverse. — Mort. — Autopsie.**

Spino, ébéniste, vingt-neuf ans. Entré à l'Hôtel-Dieu le 12 mars 1834. avait été pris, il y a 3 mois, de coliques violentes avec selles fréquentes, précédées et accompagnées de douleurs, apparaissant par inter-

valles. Après ces crises repos complet. Disparition des coliques et de la diarrhée sous l'influence d'un régime approprié, reparaissant avec des excès de régime et suivies de vomissements.

Au palper, on sentait une tumeur du volume du poing siégeant à la partie inférieure de l'hypocondre droit, et, se fondant sous la pression, en produisant des gargouillements. Le malade mourut le 14 mai, au milieu de tous les symptômes signalés.

Autopsie : péritonite généralisée. On trouva le cæcum et les 4/5 du côlon ascendant invaginés dans le côlon transverse et donnant lieu à une tumeur dure.

### OBSERVATION III

(Hughes, *guy's hospital report* 1856.)

**Invagination appendico-cæcale avec entraînement de la valvule iléo-cæcale et de l'intestin grêle dans le côlon ascendant. —**

**Mort. — Autopsie.**

Tailleur, quatorze ans. Entré à l'hôpital le 27 février 1856.

Il avait été pris sept semaines auparavant de douleurs du ventre, qui cessèrent après plusieurs heures de durée, pour reparaître le lendemain. Elles continuèrent à revenir à intervalles plus ou moins rapprochés. Le 23 février on le purgea. Depuis lors, il souffrit de ténésme, d'anorexie, de vomissements après les repas. La douleur maxima siégeait au niveau de l'ombilic ; et l'on constatait en ce point une tumeur disparaissant avec la douleur. Les accès étaient de durée très variable et dans l'intervalle le malade se trouvait bien ; il allait à la selle quotidiennement.

Les jours suivants, nouvelle purgation ; coliques moins fortes, suivies de coliques atroces ; diarrhée, selles muqueuses, visqueuses. Le 19 mars, vomissements incessants ; un lavement est donné sans résultat. Le 23, les symptômes vont en s'accéléralant et il meurt le même jour.

Autopsie : On trouva une invagination du cæcum, ayant entraîné

l'intestin grêle dans le côlon ascendant. Des perforations au nombre de deux, avaient provoqué la mort. A signaler en outre l'existence d'adhérences nombreuses sur le parcours de l'invagination.

#### OBSERVATION IV

(Mc Kidd, *Edimb. med. Journal*, 1858-59, t. IV. p. 793-796.)

**Invagination de l'extrémité inférieure du cæcum et de l'appendice sans participation de l'iléon. — Mort sans opération. — Autopsie.**

Garçon, sept ans, mort sans intervention, après un mois de douleurs abdominales revenant par crises de plus en plus vives et fréquentes, ne s'étant jamais accompagnées de phénomènes d'obstruction. Les selles avaient toujours été normales.

A l'autopsie : Invagination de l'extrémité inférieure du cæcum, s'arrêtant à la hauteur de l'iléon. En ouvrant le cæcum, on trouva l'appendice libre saillant dans la cavité de l'intestin et contourné en spirale. La muqueuse qui recouvrait la face interne du côlon, l'appendice et la valvule iléo-cæcale étaient dans un état gangréneux.

#### OBSERVATION V

(Fairbank. *Medical times and Gazette*, 1861.)

**Invagination cæcale, avec emboîtement dans le côlon ascendant, transverse, et anse sigmoïde — Cæcum faisant hernie à l'anus. — Mort. — Autopsie.**

William Harry S., 3 ans et demi, entre à l'hôpital le 26 septembre 1861. Il y a huit mois, l'enfant avait commencé à souffrir d'une douleur et d'un gonflement siégeant dans le côté droit de l'abdomen. Sa santé toutefois était restée bonne, malgré des alternatives de souffran-

ces. Pour la première fois, il y a quatre mois, on constatait un prolapsus de l'intestin facilement réductible. Le 23 septembre, à la suite d'un voyage en voiture le prolapsus se reproduisait et devenait cette fois irréductible. L'enfant mourut presque subitement.

L'autopsie révéla une anse d'intestin dépassant l'anūs ; et, l'extrémité inférieure de cette anse n'était autre que le cæcum retourné.

#### OBSERVATION VI

(Chaffey, *The lancet*, 1888, 7 juillet, t. II, p. 17.)

##### **Invagination du cæcum, de l'appendice et de la valvule iléo-cæcale. — Mort sans opération. — Autopsie.**

Garçon, trois ans, mort sans intervention après quelques jours de maladie, pendant lesquels on put sentir une tumeur au niveau du côlon transverse d'abord, puis à l'hypocondre droit, tumeur disparaissant à la suite de lavements, puis reparaisant. Il y avait eu, au début, des phénomènes d'obstruction, puis des selles sanglantes. L'enfant meurt dans le collapsus. A l'autopsie ; pas de péritonite. L'extrémité du cæcum avec la valvule iléo-cæcale était invaginée ; pas d'appendice appréciable ; on le trouva dans l'intérieur du cæcum faisant une saillie comparable à celle d'un polype, près de la valvule.

#### OBSERVATION VII

(Simon, *Revue mensuelle des mal. inf.* Paris, 1889.)

##### **Invagination du cæcum et de l'appendice dans le côlon ascendant et transverse. — Mort. — Autopsie.**

Georgette D., six mois. Le samedi 28 septembre 1889, elle se réveille en poussant des cris et refuse de prendre le sein. La journée du dimanche se passe encore dans les contorsions et les cris ; elle n'a rendu ni gaz, ni matières depuis le samedi après-midi. Dans la soirée

du dimanche, les vomissements commencent ; ils sont peu fréquents. Quelques instants après, l'enfant rend par l'anus quelques mucosités fortement sanguinolentes. La nuit est très agitée.

Le lundi matin, un médecin arrive et fait le diagnostic d'invagination intestinale. On administre à l'enfant un purgatif puis un lavement. L'enfant continue à expulser quelques mucosités sanguinolentes ; les vomissements se poursuivent ; mais, moins abondants ; car le petit malade ne prend plus le sein.

Le mardi 1<sup>er</sup> octobre, nouveau purgatif.

Le mercredi 2, l'enfant est apporté à l'hôpital. A ce moment, le ventre est un peu ballonné et très douloureux à la pression, on ne trouve pas de tumeur ; mais, une sonde introduite par l'anus rencontre un obstacle qui l'arrête. A 4 heures du soir, l'enfant est très affaibli, et il meurt à 3 heures du matin.

A l'autopsie, on trouve la fosse iliaque vide ; le cæcum n'est plus à sa place ; il s'est invaginé avec son appendice dans le côlon ascendant, entraînant avec lui une partie de l'intestin grêle jusque dans le côlon transverse. Le tout forme une tumeur en boudin, mesurant de 8 à 10 centimètres. Les parois de l'intestin sont épaissies, et l'invagination irréductible, grâce à ses nombreuses adhérences.

#### OBSERVATION VIII

(Orton, *Brit. medic. Journ.* 18 8)

**Invagination cæcale avec entraînement de la valvule et de l'intestin grêle dans le côlon ascendant, jusque dans l'anse sigmoïde. — Mort. — Autopsie.**

I. K., cinquante-huit ans ; accusait de la gêne dans les mouvements et des douleurs marquées surtout dans la région cæcale. Le début de sa maladie remontait au commencement de l'été 1893 ; depuis cette époque, l'état du malade n'avait fait qu'empirer. En examinant l'abdomen on sentait une masse dans la fosse iliaque droite, laquelle persistait malgré les traitements ; on en fit une typhlite chronique avec ulcérations. Devant l'inefficacité de tout traitement, on songea à intervenir

chirurgicalement. Le malade s'y refusa. Son état depuis lors, alla de mal en pis ; et, il succomba en novembre 1896. La maladie avait duré trois ans et demi, et, avait été traitée les six derniers mois par les injections de morphine.

L'autopsie révéla une fosse iliaque vide ; le cæcum avait disparu. Il s'était invaginé dans le côlon ascendant, entraînant avec lui une grande partie de l'intestin grêle jusque dans la portion supérieure du rectum. Il fut impossible de réduire. Le cæcum était gangréné et perforé.

#### OBSERVATION IX

(M. Graw, *Brit. medic. Journ.* 1897. t. 11, p. 956)

**Invagination de l'appendice et du cæcum sans participation de l'iléon. Résection de l'extrémité inférieure du cæcum. Guérison.**

Garçon, sept ans. Souffrant depuis plusieurs mois de crises de coliques de plus en plus douloureuses et fréquentes sans obstruction, sans tumeur appréciable.

Laparotomie 7 octobre 1896. On trouve l'extrémité du cæcum et de l'appendice invaginés et formant dans la cavité du gros intestin, une tumeur du volume d'une noix sentie à travers ses parois. L'iléon était en place et il y avait un espace notable entre le bloc d'invagination et le point d'abouchement du petit intestin dans le gros. Résection de l'extrémité inférieure du cæcum. Suture. Guérison.

#### OBSERVATION X

(Wright et Knowles Renshaw. *Brit. medic. journ.* 1897)

**Invagination de la base de l'appendice dans le cæcum. Désinvagination impossible. Résection de l'appendice. Guérison.**

Fillette, deux ans et demi, atteinte depuis un mois de violentes coliques revenant par crises ; vomissements, selles parfois sanglantes avec

tumeur dans le ventre à siège variable, au-dessus de l'ombilic, hypocondre ou flanc gauche, fosse iliaque droite.

Laparotomie, 7 janvier 1897. Masse formée par le cæcum épaissi et anses grêles voisines adhérentes au cæcum. L'appendice était invaginé à sa base dans le cæcum, entraînant avec lui la paroi de ce dernier sur une faible hauteur ; l'appendice se détachait du cæcum comme la queue d'un champignon. L'invagination ne put être réduite, même après incision de la paroi cæcale. On referma l'ouverture faite au cæcum, et, l'on se contenta de réséquer l'appendice. Guérison.

## OBSERVATION XI

(Pitts. *The Lancet*. 1897. 12 juin.)

**Invagination du cæcum dans le côlon. — Laparotomie. — Désinvagination. — Incision du cæcum pour reconnaître et réséquer l'appendice totalement contenu dans la cavité cæcale. — Guérison.**

Enfant, 2 ans et demi ; entré à l'hôpital le 13 janvier 1897, pris subitement, 3 mois et demi auparavant, de douleurs abdominales et de vomissements ; série de crises semblables, suivies de selles muqueuses et sanglantes. Finalement apparition dans le ventre d'une tumeur qui, par massage, disparaît subitement avec gargouillement. Cette tuméfaction se reproduit, de volume et de situation changeante ; elle siège habituellement dans la région du côlon transverse.

Laparotomie 13 juin 1897 ; invagination du cæcum et du côlon ascendant dans le côlon transverse, qui se laisse réduire, mais difficilement. Malgré une réduction complète, l'appendice reste invisible ; il était remplacé, à l'extrémité du cæcum, par une petite dépression. Par le palper, on découvre dans le cæcum une tumeur allongée qui doit être l'appendice. En effet, en fendant le cæcum, on trouva dans sa cavité l'appendice épaissi et retourné. A travers cette ouverture, l'appendice est réséqué. Fermeture de l'incision cæcale puis de la plaie. Guérison.

## OBSERVATION XII

(Lees and Quarry silcock. Communication à la Clinical society of London, séance du 13 mai 1898.)

**Invagination appendico-cæcale ayant entraîné celle de la valvule iléo-cæcale et de la fin de l'iléon. — Emboîtement secondaire dans le côlon. — Désinvagination impossible. — Résection du cæcum et d'une partie de l'iléon. — Guérison.**

Garçon, 4 ans et demi ; entré à l'hôpital en décembre 1896, avec les symptômes classiques d'une invagination. La tumeur sentie dans le ventre se réduisait à la suite de purgatifs et de lavements pour disparaître quelques jours plus tard. Après trois mois d'attente, la réduction ne se faisant pas complètement, on se décide à opérer. Laparotomie, fin mars 1897. Invagination du cæcum et de la partie terminale de l'iléon dans le côlon. La désinvagination étant reconnue impossible, on résèque les parties à l'aide de deux sections, portant, l'une sur le côlon à un pouce au-dessus du cæcum, l'autre sur l'iléon à deux ou trois pouces en amont de la valvule. Guérison.

L'examen de la pièce montre que la paroi inférieure du cæcum et avec elle l'appendice était invaginée dans le côlon ascendant, et que la valvule iléo-cæcale, attirée elle-même, avait entraîné l'iléon sur une longueur d'un pouce environ.

## OBSERVATION XIII

(Dartigues. *Bull. soc. anal. de Paris*, 1897.)

**Invagination du cæcum avec son appendice, du côlon ascendant et d'une portion du côlon transverse. — Laparotomie.**

Jeune homme, 14 ans, entré à Dubois dans le service de M. Picqué, le 30 septembre 1897, n'ayant pas d'antécédents chargés : père et mère bien portants, et lui-même n'ayant jamais été malade avant l'affection actuelle.

Ce jeune homme était malade depuis 17 jours au moment de son entrée dans le service. Il semble avoir eu une entéro-colite muco-membraneuse comme début de sa maladie. La douleur a fait son apparition au niveau de la fosse iliaque gauche.

Au moment de son entrée, le malade n'a eu ni selles, ni gaz depuis 3 jours. Cependant cette constipation n'était peut-être pas absolue. En tout cas, il rend par l'anus des glaires sanguinolentes.

A l'examen nous trouvons un ventre légèrement météorisé, mais encore assez souple, si ce n'est au niveau de la fosse iliaque gauche où nous sentons d'une façon fort nette une tumeur en forme de boudin incurvé. L'anus laisse apparaître d'une façon intermittente une masse d'aspect sphacélé. Le toucher rectal montre qu'il ne s'agit pas d'un polype. Le diagnostic s'impose d'ailleurs: on est en présence d'une invagination intestinale.

Laparotomie d'urgence. Incision abdominale du pubis jusqu'à l'appendice xyphoïde. On trouve une invagination des dix derniers centimètres de l'iléon, du cæcum avec son appendice et de vingt centimètres environ du côlon ascendant et transverse. Epanchement péritonitique abondant, mais pas de matières intestinales dans la cavité péritonéale.

De crainte d'assurer une déchirure de l'intestin ou de désinvaginer dans le ventre un segment sphacélé, M. Picqué se résout à faire un anus artificiel, au niveau de la partie terminale de l'iléon, à 6 centimètres en amont du collier d'invagination et correspondant au tiers supérieur de l'incision médiane.

Mort le lendemain de l'opération avec tous les signes d'une péritonite généralisée.

Autopsie. On trouve l'invagination comme au courant de l'opération; mais, on s'aperçoit alors de deux perforations au niveau du cylindre d'invagination, grandes comme une pièce de 0.50 centimes, se correspondant, c'est-à-dire qu'elles intéressent les 3 tubes intestinaux inclus. Cette perforation siège à 6 centimètres en aval du collier d'invagination; elle n'avait pas été vue à l'opération. Epanchement séro-sanguinolent abondant dans le péritoine.

#### OBSERVATION XIV

(D'Arcy Power. *Edinburgh med. Jour.* 1897)

##### **Invagination de l'appendice avec participation du fond du cæcum**

D'Arcy Power à propos du cas de Waterhouse dit « que lors de sa dernière opération pour invagination, après avoir réduit les anses malades, il trouva une invagination commençante de la base de l'appendice qui vraisemblablement, s'était produite avant celle de l'iléon ».

#### OBSERVATION XV

(Greig, *Abdominal surgery. Brit. and. Lond.* 1897)

##### **Invagination appendico-cæcale.**

Nous ne pouvons que faire mention d'une observation de Greig qui est simplement indiquée par lui dans son traité de chirurgie abdominale en ces termes : « Dans une de mes observations suivie de mort, l'appendice était invaginé dans le cæcum. »

#### OBSERVATION XVI

(Monsarrat. *Brit. med. Journal*, 1900, 17 novembre)

##### **Invagination du fond de l'appendice et du fond du cæcum. — Laparotomie. — Désinvagination. — Résection de l'appendice. — Guérison.**

Garçon, quatre ans, souffrant depuis un mois de coliques, de constipation facilement combattue par des laxatifs. Une seule selle sanglante. Pas de vomissement. On sentait dans le ventre, à droite, s'étendant au-dessus et un peu au delà de l'ombilic un gonflement allongé qui se réduisait en grande partie par les manipulations.

Laparotomie latérale droite (31 août 1900). Invagination cæcale faci-

lement réduite, sauf dans sa partie la plus inférieure, qu'il fallut travailler avec les doigts « comme dans un paraphimosis » pour en obtenir l'éversion. Le sommet de cette partie était constitué par l'appendice invaginé dans le cæcum, au point qu'une très petite partie de l'organe était encore visible. La paroi, ainsi que celle du cæcum, étaient indurées. Résection de l'appendice. Guérison.

## OBSERVATION XVII

(Stouffs, *Presse Méd. Belge*, Bruxelles, 1900)

### **Invagination du cæcum à travers tout le côlon jusqu'à l'anus. — Laparotomie. — Résection du cæcum. — Mort.**

Le 21 avril au soir, l'enfant S.... âgé de dix mois, est apporté à la clinique pour une opération urgente ; le Dr Defalque de Court Saint-Étienne, qui m'a adressé le petit malade, lui donnait ses soins depuis deux jours seulement. Voici les renseignements recueillis. L'enfant S... a toujours été constipé ; il lui fallait toujours des efforts considérables pour amener une petite évacuation ; les parents ne s'étaient jamais beaucoup inquiétés de cette constipation, lorsque le 19 avril, malgré les lavements et laxatifs, l'enfant ne parvenant pas à avoir de selle, ils se décidèrent à appeler le médecin. Le Dr Defalque, en examinant l'abdomen, fut frappé de la présence d'une tumeur en forme de boudin dans le flanc gauche. La tumeur, d'une part, la constipation et les vomissements, d'autre part, firent porter le diagnostic d'obstruction intestinale occasionnée par une invagination intestinale. L'entéro-clyse fut instituée comme traitement, et l'enfant fut mis à la diète hydrique. Ce traitement n'ayant pas amené de résultats, l'entéro-clyse fut renouvelée le lendemain sous le chloroforme sans plus de succès. Ce fut alors que le petit malade me fut apporté.

Je trouve l'enfant souffreteux, pâlot, l'état général est cependant encore assez bon ; de temps à autre, des coliques provoquent des plaintes et le petit pousse avec énergie ; il boit assez bien, mais, le liquide revient par vomissements.

Le ventre n'est pas ballonné ; il est souple, et l'on sent manifeste-

ment dans le flanc gauche une tumeur arrondie, allongée, s'étendant dans le bassin. Le diagnostic n'est pas douteux, il y a évidemment une obstruction intestinale, mais quelle en est la cause? Est-ce une invagination? une torsion intestinale? une simple bride amenant la sténose? une tumeur? La laparotomie seule pourra nous éclaircir sur ce point. Malgré le peu de chance qu'une intervention chirurgicale grave puisse donner dans un cas aussi précaire, je me décide à opérer à la demande de la famille.

Le lendemain, à la première heure, je fais la laparotomie, et, je trouve que la tumeur est formée par le côlon descendant très volumineux, la tumeur se prolonge dans le bassin vers le rectum; un assistant, par le toucher rectal, sent la tumeur et parvient à la faire remonter un peu par une manœuvre de taxis, je pense alors refouler la tumeur à travers le côlon descendant, puis à travers le côlon transverse, et enfin à travers le côlon ascendant. Je constate que cette tumeur est formée par le cæcum invaginé dans le gros intestin lequel s'est laissé retrousser sur lui-même comme un doigt de gant. Le cæcum présente des adhérences avec le côlon ascendant, adhérences qu'il m'est impossible de rompre sans déchirer l'intestin et je me vois forcé de réséquer le cæcum avec une partie du côlon ascendant; je réunis ensuite l'intestin grêle avec le côlon ascendant à l'aide du bouton de Murphy.

L'enfant a supporté assez bien l'opération, et, quelques heures après cette grave intervention, il prend avec avidité de l'eau aromatisée d'un peu de champagne. Un lavement ramène un peu de matière intestinale. Malheureusement, dans la soirée, les vomissements se reproduisent; ils deviennent fécaloïdes, et l'enfant succombe assez brusquement pendant la nuit.

### OBSERVATION XVIII

(Waterhouse, *Transact of the pathologic soc. of London.*)

#### **Invagination de l'appendice dans le cæcum. — Résection du cæcum. — Mort.**

Fillette 4 ans, opérée (juillet 1901) pour phénomènes d'invagination à répétition qui, après amendement passager, allaient en s'aggravant;

on trouva deux invaginations. La première portant sur l'intestin grêle à plus d'un mètre (4 pieds) en amont de la valvule, fut très difficilement réduite. La seconde était dans la région du cæcum. Celle-ci fut en partie réduite, non sans peine ; mais on constata que le cæcum contenait encore un corps ferme, globuleux, d'un pouce environ de diamètre qui n'était autre que l'appendice invaginé. La réduction de l'organe fut jugée impossible, d'autant qu'il était en partie sphacélé. D'autre part, il fallait aller vite, l'état de l'enfant étant très précaire. On fit donc la résection du cæcum, et une anastomose avec le bouton de Murphy. La petite opérée, qui était sans poulx à la fin de l'intervention, ne survécut que trente heures.

A l'autopsie, on trouve l'appendice retourné dans la cavité du cæcum, si bien qu'il n'en restait qu'un demi-pouce à l'extérieur ; la partie invaginée formait dans le cæcum une saillie grosse comme une cerise.

#### OBSERVATION XIX

(Westerman *Weekblad van det Nederlandsch. tydschr vor Geneesk*  
192. p. 24.)

**Invagination iléo-cæcale avec appendice invaginé dans le cæcum.  
Résection de tout le bloc d'invagination. — Guérison.**

Fillette, six ans ; invagination chronique récidivante ; ablation de la plus grande partie du côlon ascendant, du cæcum et de 20 centimètres d'intestin grêle. L'appendice long de six centimètres et gros comme l'index est invaginé dans le cæcum.

#### OBSERVATION XIX

(Haasler, *Arch. f. Klin. chirurg.*, 1902)

**Invagination appendico-iléo-cæcale. — Emboîtement secondaire dans le côlon. — Résection du cæcum et de l'iléon. — Guérison.**

Femme, 42 ans ; atteinte depuis 3 semaines, à la suite d'une chute, de douleurs qui reviennent par crises et vont en augmentant. Nau-

sées, constipation, amaigrissement, finalement, tumeur dans la fosse iliaque droite. On songe à un cancer du cæcum.

Laparotomie 4 avril 1902. Résection d'une masse qui occupait la région iléo-cæcale, les sections portant sur le côlon ascendant vers l'angle hépatique et sur l'iléon à dix centimètres de la terminaison. Réunion bout à bout. Guérison.

A l'examen de la pièce, on reconnut qu'il s'agissait d'une invagination de la valvule et de l'appendice dans le cæcum, et, consécutive-ment dans le côlon, la valvule arrivant à toucher la paroi externe du gros intestin, et l'appendice, qui semblait avoir été le point de départ de l'invagination faisant une saillie plus marquée encore.

## OBSERVATION XXI

(Haasler, *Arch. f. Klin. chirurg.* 1902)

**Invagination du cæcum et de la partie terminale de l'iléon avec emboîtement secondaire dans le côlon ascendant. — Laparotomie. — Désinvagination incomplète. — Résection. — Guérison.**

Garçon, 9 ans ; entré à l'hôpital le 3 avril 1902. Depuis 4 mois, coliques violentes avec vomissements revenant par crises, espacées d'abord de quatre à cinq jours, puis quotidiennement. Finalement tumeur dans l'hypocondre gauche, cylindrique, mobile ; selles régulières avec débris muqueux, parfois brunâtres.

Laparotomie médiane (14 avril 1902). La tumeur est dans l'hypocondre droit ; en l'amenant en dehors, on constate qu'elle diminue de volume par désinvagination partielle de l'intestin grêle. Restent l'appendice, le cæcum, et une partie de l'iléon invaginés dans le côlon ascendant. La désinvagination de ces parties étant reconnue impossible on en pratique la résection. L'enfant sort guéri le 18 mai.

L'examen de la pièce montre que la tête de l'invagination était constituée par l'appendice invaginé dans le cæcum. Secondairement, comme l'opérateur l'avait montré, l'appendice, le cæcum et la partie inférieure de l'iléon avaient pénétré dans le côlon. En rom-

pant les adhérences qui les réunissent et en désinvaginant, il ne reste plus qu'une dernière partie irréductible fournie par le cæcum et la base de l'appendice.

#### OBSERVATION XXII

(Hogarth, *British medic. Journ.* 1903, 11 avril.)

**Invagination iléo-cæcale d'origine appendiculaire. — Emboîtement secondaire dans le côlon jusqu'à l'anse sigmoïde. — Laparotomie. — Désinvagination partielle. — Résection de l'appendice. — Guérison.**

Fillette, six ans ; entrée à l'hôpital le 22 mai 1902, pour coliques accompagnées de vomissements, datant de 15 jours, précédées un mois auparavant de diarrhée. Tumeur dans la région du côlon transverse, descendant dans le flanc gauche ; rien à droite. Etat général mauvais.

Diagnostic : péritonite tuberculeuse ou invagination.

Opération le 23 mai 1902. Laparotomie médiane. Invagination iléo-cæcale s'étendant jusqu'à l'anse sigmoïde. Elle est facilement réduite jusqu'à la partie inférieure du cæcum. On trouve là l'appendice invaginé dans le gros intestin, formant par conséquent la tête de l'invagination. La désinvagination complète de l'appendice est reconnue impossible ; une partie de la base restant adhérente. Résection de la partie redevenue libre. Fermeture du ventre. Guérison.

#### OBSERVATION XXIII

(Jaroslaw Elgart, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1903, 923, n° 32.)

**Invagination de l'appendice et du cæcum dans le côlon ascendant avec participation de l'iléon. — Résection intestinale. — Guérison.**

Journalière de trente-trois ans, petite et maigre. On sent dans le ventre une tuméfaction commençant à 8 centimètres au-dessous et à droite de l'ombilic, et se terminant à 8 centimètres au-dessus et à

gauche de ce dernier ; elle est lisse, fixe aux deux extrémités, abaissable dans sa partie moyenne ; on diagnostique un sarcome du côlon transverse, le début des accidents remonte à 4 mois — opération par Nedopil. — Laparotomie. On trouve une invagination iléo-cæcale de 30 centimètres de long environ, le cæcum et l'appendice formant la tête de l'invagination avaient entraîné le grêle et le côlon. La désinvagination fut assez difficile. On put alors constater sur le côlon plusieurs éraillures de la séreuse, et des kystes les uns séreux, les autres hématiques, paraissant provenir de la compression de l'intestin invaginé. On fit quelques sutures et ligatures. Suture de la paroi en étage sans drainage. Le malade guérit en onze jours avec un seul incident : une petite embolie pulmonaire probable.

#### OBSERVATION XXIV

(Jalaguier. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 7 novembre 1905.)

##### **Invagination de l'appendice dans le cæcum. — Réduction spontanée. — Guérison.**

Garçon de sept ans, entré à l'hôpital, le 22 décembre 1902, pour des accidents attribués à une appendicite. Il présentait, en effet, à la suite de troubles caractéristiques, une tuméfaction du volume d'une orange siégeant dans la fosse iliaque droite. Par le toucher rectal, combiné avec le palper abdominal, on se rendait compte que cette masse n'adhérait ni à la fosse iliaque, ni à la paroi abdominale. Le pouls était normal ainsi que la température, le facies n'était pas grippé ; mais il n'y avait ni garde-ropes, ni gaz.

Le diagnostic d'invagination iléo-cæcale s'imposait. Mais, comme les accidents n'étaient nullement pressants, on décida d'attendre avant d'intervenir.

Le lendemain, la situation générale s'était encore améliorée, et la tumeur abdominale avait diminué de volume.

Par le toucher rectal on put, une fois, reconnaître la présence d'un corps allongé, arrondi, du volume d'une noix, qui était comme appendu à la masse principale. Comme on palpait doucement cet organe avec le

bout du doigt, on fut surpris de le sentir se gonfler et durcir. Presque aussitôt la masse principale durcissait, elle aussi, et augmentait de volume, en même temps que le corps arrondi disparaissait peu à peu.

Il était évident que l'invagination, qui s'était en partie réduite, se reproduisait à la suite des contractions de ce corps allongé qui ne pouvait être que l'appendice ou un diverticule de Meckel.

Trois jours après, la tumeur n'était plus grosse que comme une noix, mobile en tous sens, nullement douloureuse. Par le toucher rectal, le corps arrondi était encore perceptible ; il augmentait toujours de volume et durcissait sous la pression du doigt, mais ne disparaissait plus dans la tumeur qui, elle-même, semblait plus dure, sans toutefois devenir plus volumineuse.

Le 30 décembre, toute trace d'invagination avait disparu. L'enfant allait aussi bien que possible, le cours des matières fécales s'était rétabli.

Un mois plus tard le 10 février 1903, pour prévenir le retour de pareils accidents, on opéra l'enfant à froid.

Le ventre ouvert, le corps allongé et arrondi, senti par le toucher rectal, fut reconnu comme étant l'appendice gros, congestionné, tordu sur lui-même. Sa moitié inférieure était libre, sa moitié supérieure était reliée au cæcum par quelques adhérences cellulo-nerveuses lâches.

Le cæcum très dilaté était couvert, ainsi que les derniers centimètres de l'intestin grêle, de tractus séreux de nouvelles formations.

L'appendice fut réséqué. Les suites opératoires furent des plus simples. L'enfant quittait l'hôpital le 19 février. Il a été revu depuis en parfaite santé.

#### OBSERVATION XXV

(Jaroslaw Elgart, *Wiener Klinische Wochenschrift* 1903. 923. v. 32)

**Invagination de l'intestin grêle et de l'appendice dans le cæcum  
avec emboîtement secondaire dans le côlon ascendant. —  
Résection intestinale. — Guérison.**

Fille de trente et un ans. Accidents remontant à dix jours : on diagnostique une affection de la région cæcale sans pouvoir préciser sa

nature ; incision oblique parallèle à l'arcade crurale ; invagination débutant dans le grêle à 15 centimètres de la valvule de Bauhin, descendant dans le cæcum et une partie du côlon. L'auteur essaya de réduire, et y réussit en partie ; car, il refoula le grêle jusqu'à 5 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Il fit aussi la résection intestinale qui fut rendue facile par l'allongement du mésentère et porta entièrement sur le grêle. Réunion des deux bouts avec le bouton de Murphy surmonté d'un surjet séro-séreux. Fermeture de la paroi en étages avec drainage. Le collet de l'invagination arrêtait toute circulation des matières. Le cylindre moyen était partiellement gangrené. La guérison se fit sans incident ; le bouton de Murphy fut éliminé le onzième jour.

#### OBSERVATION XXVI

(Jalaguier. *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Séance du 7 novembre 1905.)

##### **Invagination de l'appendice dans le cæcum.**

##### **Désinvagination au cours d'une appendicectomie à froid.**

##### **Guérison.**

En décembre 1902, M. Jalaguier, au cours d'une opération d'appendicite à froid, trouvait un appendice à demi invaginé dans le cæcum. Il s'agissait d'une petite fille de onze ans, atteinte depuis plusieurs années d'entéro-colite chronique, qui avait présenté depuis quelques mois plusieurs crises légères d'appendicite subaiguë. Le ventre ouvert, l'appendice parut court. Mais en cherchant à le dégager, on reconnut qu'il avait en partie pénétré dans le cæcum dilaté, dont le fond était lui-même retourné en dedans. L'extraction de l'appendice de sa loge cæcale fut assez pénible ; on parvint cependant à l'enlever dans sa totalité. La longueur de la partie invaginée mesurait environ 3 centimètres. L'enfant guérit sans incident.

OBSERVATION XXVII

(Jalaguier. *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Séance du 7 novembre 1905.)

**Invagination de l'appendice et de la fin de l'iléon dans le cæcum avec emboîtement secondaire dans le côlon ascendant. — Laparotomie. — Désinvagination facile. — Résection de l'appendice. — Guérison.**

F. D. garçon huit ans. Entré à l'Hôpital des enfants assistés, service du Dr Jalaguier, le 15 juin 1903. Il avait fait un mois avant une chute sur le ventre, suivie de douleurs abdominales et de vomissements pour lesquels il était resté trois semaines au lit.

A son entrée, cet enfant portait dans le flanc droit une tuméfaction qui pouvait être prise pour un rein flottant (diagnostic fait dans un autre hôpital), sans autre symptôme fonctionnel qu'un peu de douleur cæcale.

Peu après survenaient des phénomènes d'entéro-colite, en même temps que la tumeur disparaissait complètement. Elle reparut au bout d'une quinzaine de jours pour disparaître encore, et se montrer à nouveau.

Le petit malade fut tenu en observation jusqu'à la fin du mois d'août. On finit par acquérir la conviction que cette tuméfaction à apparitions intermittentes, variant également de volume, parfois d'un jour à l'autre, qui s'accompagnait souvent de diarrhée, avec, une fois, quelques caillots de sang rouge — devenue d'ailleurs complètement indépendante du rein droit que l'on sentait nettement à son côté — ne pouvait être constituée par autre chose que par une invagination de l'intestin.

Fort de ce diagnostic, M. Jalaguier décida d'intervenir. Opération le 28 août 1903. Incision de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Sur le côlon ascendant, la séreuse est parsemée de brides dures, blanches, d'aspect cicatriciel, étalées en étoiles ; l'intestin lui-même est épaissi, le méso, allongé, très vasculaire, scléreux. Le cæcum très épais est

amené dans la plaie en même temps que la fin de l'iléon et l'appendice, le tout formant une masse du volume d'un œuf.

Dans le cæcum, on perçoit une tumeur grosse comme un petit œuf. Cette tumeur est constituée par le fond du cæcum, une portion de l'appendice et la valvule iléo-cæcale, invaginées dans le cæcum. L'appendice gros comme le petit doigt est couvert de tractus blanchâtres, dont quelques-uns, flottants, ont quatre ou cinq centimètres de long. La paroi de l'appendice invaginé mesure environ deux centimètres de long ; elle est grosse, œdédiée. L'iléon est lui-même engagé dans le cæcum sur une longueur de deux centimètres environ.

La désinvagination de l'appendice et de la fin de l'iléon sont des plus faciles. La tumeur cæcale, très diminuée, persiste encore, grosse comme une petite noix. Cette tumeur qui se continue avec la paroi épaissie de la fin de l'intestin grêle n'est autre que de la valvule iléo-cæcale très œdédiée. On peut en refoulant en dedans la paroi antérieure du cæcum, introduire l'extrémité de l'index dans l'orifice de la valvule.

Si l'on saisit l'appendice et si on le pousse doucement vers le fond du cæcum, on voit celui-ci se retourner, puis se contracter et avaler l'appendice et la fin de l'iléon. L'invagination se reproduit sous les yeux de l'opérateur. Elle se fait en deux temps : 1<sup>er</sup> engagement de l'appendice et de l'iléon dans le cæcum ; 2<sup>e</sup> engagement de la masse ainsi formée dans le côlon ascendant.

L'appendice est réséqué et son moignon enfoncé dans un pli du cæcum.

Pour éviter la tendance à l'enfoncement du cæcum dans le côlon, on fait avec un surjet au catgut un pli longitudinal de sept à huit centimètres de long, dont la partie moyenne correspond à un épaississement transversal de l'intestin, situé à l'union du cæcum et du côlon, et, qui marque le collier du cylindre invaginant.

Suites sans incidents. Pendant quelque temps, le cæcum resta dur et résistant sous le doigt : cette sensation diminua progressivement. Le 9 septembre, on ne trouvait plus rien au palper dans la fosse iliaque ; les fonctions digestives étaient parfaites.

Le 2 octobre, l'enfant quittait l'hôpital complètement guéri.

### OBSERVATION XXVIII

(Ackermann *Beil f. Klin. chirurg.* 1903.)

#### **Invagination du cæcum et de l'appendice dans le côlon ascendant Désinvagination partielle. — Résection du cæcum. — Guérison.**

Fillette, 4 ans, entrée à l'hôpital en juillet 1902. Signes classiques de l'invagination apparus à la suite d'une chute survenue quatre mois auparavant.

Laparotomie latérale gauche, 14 juillet 1902, au niveau d'une tumeur sentie à travers la paroi. Cette tumeur est constituée par le gros intestin invaginé jusqu'à l'angle colique gauche. Dans le boucin d'invagination, on sent très bien l'appendice formant un cordon épais et rond. Désinvagination du colon. Résection du cæcum et d'une partie de l'iléon. Réunion, guérison.

A l'examen de la pièce, après avoir incisé le cæcum, on voit l'appendice, entièrement invaginé, formant une saillie longue et dure ; il est irréductible. Dans les deux tiers de son étendue, dans sa partie distale, il est manifestement mortifié.

### OBSERVATION XXIX

(Connor, *The lancet*, 1903.)

#### **Invagination de l'iléon dans le cæcum, d'origine appendiculaire Désinvagination partielle.**

##### **Résection de l'extrémité inférieure de cæcum. — Guérison.**

Garçon, neuf ans, entré à l'hôpital le 6 mai 1903. Il avait reçu six semaines auparavant un coup sur le ventre à la suite duquel il avait souffert de douleurs revenant par crises et de vomissements, phénomènes qui avaient fait songer à une appendicite subaiguë ou à quelque lésion tuberculeuse. Tuméfaction ovale juste au-dessus de l'ombilic, mobile, se laissant attirer en bas et à droite. Vives douleurs et vomissements. Selles sanglantes. Diagnostic : invagination.

Opération le 7 mai 1903. Laparotomie latérale droite. On trouve à la hauteur de l'ombilic une invagination de l'intestin grêle dont la tête était formée par une petite masse dure. Elle fut facilement réduite jusqu'au cæcum. On reconnut alors que la petite masse dure était contenue à l'intérieur de la cavité cæcale et qu'elle était formée par une invagination complète de l'appendice. Celle-ci restant irréductible, l'extrémité inférieure du cæcum fut réséquée avec appendice inclus. Fermeture du cæcum; puis du ventre. Guérison rapide.

### OBSERVATION XXX

(Van Ysendyck, *Presse médicale belge*, 1904.)

**Invagination de l'iléon, du côlon ascendant avec l'appendice, le cæcum et le côlon transverse. — Elimination du tronçon intestinal invaginé par les selles. — Survie du malade. (Enfant.)**

Le tronçon éliminé était composé : 1° d'une portion étroite, rétrécie, de 2 à 3 centimètres de longueur, et formant un tube complet de faible calibre : l'iléon ; 2° d'une portion d'un calibre plus large, de 5 centimètres de longueur, dans lequel venait s'aboucher l'iléon : c'était le cæcum ; 3° dans le cæcum s'ouvrait une sorte de tube long de 4 centimètres et très étroit : l'appendice non perforé. Enfin du cæcum partait un boyau intestinal, long de 30 centimètres, composé de deux portions distinctes : le cylindre moyen, déchiqueté qui s'était replié en doigt de gant sur la partie mieux conservée : c'était le côlon ascendant. Le côlon ascendant et le cæcum étaient les 2 portions d'intestin les mieux conservées. En résumé, le segment éliminé mesurait 42 centimètres, le côlon ascendant 33, le cæcum 5, l'appendice 4, et le morceau d'iléon 2 à 3.

Cette invagination avait eu pour cause une tumeur située à l'extrémité supérieure du côlon ascendant. Cette tumeur, entretenant autour d'elle une infiltration cellulaire, avait été l'amorce d'une invagination qui avait reconnu comme cause prédisposante l'atonie intestinale; comme cause efficiente, les efforts produits par l'enfant au moment des selles.

OBSERVATION XXXI (personnelle)

**Invagination de l'appendice et de la fin de l'iléon dans le cæcum, avec emboîtement secondaire dans le côlon ascendant.**

**Laparotomie. — Désinvagination difficile.**

**Résection de l'extrémité inférieure du cæcum. — Mort.**

Homme, quarante-cinq ans, R., employé de chemin de fer, demeurant aux environs de L. ; entre à l'Hôpital le 2 février 1905, au service du Dr Chénieux. Il avait fait deux mois auparavant un effort en poussant une voiture, et avait à ce moment ressenti une douleur dans le ventre; depuis, il n'avait cessé de souffrir et d'être malade.

Depuis deux mois, cet homme en était arrivé à ne plus bouger du lit, et son état général donnait l'impression d'une maladie cachectique.

A son entrée, cet homme portait dans la région de la vésicule biliaire, au-dessous des fausses-côtes, une tumeur grosse comme le poing, molle, donnant la sensation d'une fluctuation peu nette. Elle se délimitait assez bien, et ne se laissait que peu déplacer. Elle paraissait tenir au foie. Une ponction exploratrice donna issue à quelques gouttes d'un liquide transparent, mais visqueux, et, ne présentant pas l'odeur intestinale.

De temps en temps le malade avait des vomissements et une diarrhée habituelle.

Opération le 10 février 1905. L'opération révéla que cette tumeur était due à une invagination du cæcum. Le cul-de-sac s'était déprimé en cul-de-bouteille, et invaginé dans le côlon ascendant, entraînant la valvule de Bauhin et l'intestin grêle à sa suite. Ce qui faisait que les symptômes d'occlusion étaient si peu marqués.

Sur le côlon ascendant, la séreuse est munie de brides dures ; l'intestin lui-même est épaissi ; le cæcum, très épais, est amené dans la plaie en même temps que la fin de l'iléon et l'appendice, le tout formant le volume d'un œuf.

On parvient, quoique assez difficilement, à libérer les anses intestinales des adhérences qu'elles avaient contractées, et à réduire l'inva-

gination. Mais on trouve les parois du cul-de-sac cæcal épaissies, sans qu'il y ait de production néoplasique : cet épaississement étant simplement inflammatoire. Où une difficulté insurmontable surgit, c'est à maintenir l'invagination, qui se reproduit toujours, grâce à l'épaisseur et à l'élasticité des parois cæcales. On est obligé de réséquer le cul-de-sac cæcal et de faire la suture intestinale.

Le malade succomba deux jours après l'opération.

#### OBSERVATION XXXII (personnelle)

**Invagination de l'extrémité inférieure du cæcum et de l'appendice sans participation de l'iléon. — Désinvagination du fond du cæcum. — Appendicectomie. — Guérison.**

Il s'agit d'un homme de 53 ans, L. M., scieur de long, marié. D'apparence robuste, il ne présente, à l'interrogation et à l'examen, aucune tare. Jamais il n'a fait de sérieuses maladies.

Le 26 mai 1907, après déjeuner, il est pris subitement sans cause apparente, de violentes coliques s'irradiant dans les testicules, et dont l'acuité de la douleur paraît siéger dans la fosse iliaque droite. On lui fait prendre une infusion chaude pour le calmer ; quelques instants après, il vomit infusion et aliments pris au déjeuner. Le lendemain et les jours suivants mêmes douleurs ; ceci dure huit jours. On ne remarque pas de suppression de selles.

Le point de Mac-Burney paraissant être le siège de la douleur ; vu, d'autre part, les symptômes énoncés, le médecin appelé conclut à une appendicite ; il lui en donne le traitement. Au bout de dix jours les coliques vont s'amointrissant ; et, sous l'influence du régime lacté, disparaissent complètement. Il vit ainsi pendant un mois, toujours au même régime ; le mieux s'accroissant, il veut se remettre à un régime mixte ; aussitôt, les coliques reparaissent, plus violentes, accompagnées de vomissements. Cet état dure du 20 juin au 8 juillet, jour de son entrée à l'hôpital. Il entre dans nos salles avec diagnostic d'appendicite (2<sup>e</sup> crise). Jamais, durant les dix ou douze jours qu'il fut en observation, nous ne constatâmes de température ; jamais non plus

la présence d'un gâteau au point classique, ni l'existence d'une tumeur quelconque. Seul un peu d'hyperesthésie et de douleur au palper. Rien dans les selles, qui sont rares, il est vrai, de nettement précis. L'aspect général du malade est bon.

Le 17 juillet, M. le Dr Chénieux se décide, sur le diagnostic porté par le médecin qui l'a vu, à lui enlever son appendice. Après incision des téguments et muscles, on tombe sur un péritoine non épaissi et non induré, ce qui n'existe pas dans les vieux foyers inflammatoires (appendicite suppurée); on l'ouvre; l'on cherche le cæcum et l'appendice; on ne trouve plus le fond du cæcum qui a disparu. L'appendice, s'étant invaginé à sa base, a entraîné avec lui la paroi de ce dernier sur une faible hauteur. On désinvagine le cæcum, et l'on constate un appendice gros, œdématisé, une séreuse cæcale épaissie, présentant l'aspect d'une muqueuse. Il n'y a pas d'adhérences, vu la facilité avec laquelle on fait la désinvagination.

Que l'on se représente un cul de bouteille, et l'on comprendra facilement ce que nous avons devant les yeux. On ramène à l'extérieur la portion du cæcum. A peine sortie, cette portion s'invagine de nouveau; et, c'est à grand'peine que nous maintenons le fond du cæcum et son appendice dans une position normale. Pour parer à tout accident qui aurait pu remettre les choses comme avant l'intervention, on fixe au catgut le fond du cæcum à la fosse iliaque. De cette façon, nous avons moins de chance de voir le fait signalé plus haut se reproduire. On fait également l'ablation de l'appendice et un surjet au catgut pour enfouir le moignon. L'explication de la présence des selles est donnée par l'invagination elle-même. Le fond du cæcum, remontant au niveau de la valvule iléo-cæcale, et n'obturant qu'incomplètement celle-ci, pouvait permettre, dans une certaine limite, le passage des matières.

Le lendemain et les jours qui suivent montrent notre malade opéré de pseudo-appendicite, sans fièvre et presque sans douleur. Aujourd'hui, 17 juillet, le ventre n'est plus douloureux; il n'a plus eu de coliques depuis l'intervention et il s'assimile facilement tous les aliments sans en être gêné. Ses selles s'effectuent normalement.

En somme, notre opéré, dont la plaie est presque cicatrisée, se trouve en excellent état et a été guéri par cette intervention.

### Conclusions

---

1. — De toutes les invaginations, les appendico-cæcales sont les plus rares, mais elles n'en existent pas moins, et elles constituent une forme distincte.

2. — Elles tiennent à la situation du cæcum, aux contractions de ces fibres musculaires qui s'associent à celles de l'appendice pour la produire, toutes les fois qu'agit une cause quelconque.

3. — Ce sont des affections chroniques dont la durée peut atteindre et dépasser plusieurs mois, dont le maximum de fréquence se trouve entre 1 et 10 ans. L'Angleterre est, pour elles, le pays de prédilection.

4. — La douleur dans la fosse iliaque droite, les vomissements périodiques, les alternatives de diarrhée et de constipation, la difficulté des selles, la présence d'une tumeur mobile, plus ou moins volumineuse et nettement limitée, l'absence de fièvre, la régularité du pouls, permettent dans quelques cas d'en faire le diagnostic.

5. — Des lésions du segment invaginé peuvent à la longue se produire et amener la mort par complications.

6. — Le traitement de choix est la laparotomie pour désinvagination, lorsque la chose est possible, et que l'intestin n'est pas altéré; dans le cas contraire, c'est la résection qui doit avoir les faveurs (procédé Oderfeld). Les résultats obtenus en font foi. Sur 19 opérés on a obtenu 16 guérisons.

Vu, bon à imprimer :

*Le Président de la Thèse,*  
DENUCÉ.

Vu : *Le Doyen,*  
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 9 décembre 1908.

*Le Recteur de l'Académie,*  
R. THAMIN.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

1826. HORTELOUP. — Répertoire d'anat. et de phys. path. de Breschet, t. I, p. 441.
1858. MAC-KIDD. — *Edimb. méd. Journ.* t. IV, p. 793-796.
1861. FAIRBANK. — *Medical Times and Gazette*, vol. II, p. 531.
1878. RAFFINESQUE. — Thèse de Paris.
1887. ENGLISH. — *Ber d. K. K. Krankenanstalt, Rudolf. Shfhring.* in Wien, p. 359.
1888. CHAFFEY. — *The Lancet*, 7 juillet, t. II, p. 17.
1889. SIMON (J.). — *Revue mens. des maladies de l'enfance*, (Paris), t. VII, p. 481.
1890. SNIEGURSKI. — *Russk. med.* (St-Petersbourg) t. XV, p. 615.
1891. FRANCHONME (A.). — *Bull. Sociét. anat. clin. de Lille*, t. VI, p. 79.
1891. BODIN. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, t. LXVI, p. 506.
1891. PAROMA (F.). — *Gaz. méd. lomb.*, Milano, t. L, p. 145.
1892. ASKIN (F.-C.). — *Lancet*, London, t. I, p. 85.
1894. BEATLEY et RIDLEY. — *Brit. méd. Journ.* London, t. I, p. 911.
1896. DELCROIX. — *Annales de l'instit. chirurg. de Bruxelles*.
1896. BUCHANAM (G.). — *Glasgow med. Journ.*, t. XLVI, p. 49.
1896. NEEF. — *Medical News*, 12 décembre.
1897. DARTIGUES. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, t. 72, p. 829.
1897. GRAW. — *Brit. med. Journ.*, 9 octobre.
1897. GREIG (J.). — *Abdominal surgery Bristol and London*, t. II.
1897. GRAW (Th.). — *Brit. med. Journ.* t. II, p. 956.

1897. LEGUEU. — *Bull. Soc. Anat.*
1897. MECK. — *Medical Record*, 1897.
1897. MAC DONALD. — *Brit. Med. Journ.*, 31 mai, p. 1334.
1897. PITTS. — *The Lancet*, 12 juin, p. 1603.
1897. POWER d'ARCY. — *Edimburg med. Journ.* n. s., t. I.
1897. SLOMANN (H.-C.). — *Hosp. id.*, 4<sup>e</sup> R. V., 206.
1897. WRIGHT et KNOWLES. — *Brit. med. Journ.*, t. II, p. 956.
1897. VIAULT et JOLIET. — *Traité de physiologie humaine.*
1897. WATERHOUSE (H.-F.). — *The Lancet*, t. II, p. 1319.
1898. MACC KIDD. — *Edimburg med. Journ.* I.
1898. LAUENSTEIN. — *Deuts. med. Wochens.*
1898. LEES and QUARRY SILCOCK. — Communication à la  
Clinical Society of London. Séance du 13 mai.
1898. ORTON (J). — *Brit. med. Journ.*, t. I, p. 489.
1898. PENROSE and KELLOCK. — *The Lancet*, London, t. II,  
p. 261.
1898. RAY. — *The Lancet*, London, t. II, p. 261.
1899. COLLIER. — *The Lancet*, 26 août, p. 531.
1899. D'ARCY POWER. — Soc. path. de Londres. *The Lancet*,  
7 janvier.
1899. BARLOW. — *The Lancet*, 4 février, p. 291.
1899. HAWKINS'. — *Liverpool med. chirurg. Journ.*, n° 1.
1899. LUCY. — Société path. de Londres. *The Lancet* 7 jan. p. 29.
1899. NORTHRUP. — *Medical record*, 6 mai, p. 638.
1900. CARSON. — *The Lancet*, 6 oct., p. 1016.
1900. CLARCK. — *Anal. des arch. of pediatrics*, vol. 17, p. 619.
1900. ENDERLEN. — *Munchn. m'd. Wochensch*, 17 juillet,  
p. 1021.
1900. FAURE. — Thèse Eloy, obs. XVIII et XVII
1900. FISK. — New-York, Acad. de méd., section of pediatrics,  
mai.
1900. HAND. — *The arch. of pediatrics*, vol. 17, p. 387.
1900. HEATON. — *Brit. med. Journ.*, 22 décembre, p. 1789.  
*Birmingham and midland countries branch, of the*  
*British. med. assoc.*, 8 novembre.
1900. JALLAND. — *The Lancet*, 8 septembre, p. 738
1900. LYOT. — Rapport de Kormisson. *Bull. et mém. Société de*  
*chirurg. de Paris*, t. XXVI, p. 396.
1900. L'IDIARD. — *The Lancet*, 17 février, p. 454.

1900. MICHAU (M.) — Rapport à la société de chirurgie, 27 juin.
1900. MONTSARRAT. — *Brit. méd. journ.* 17 nov. et 22 déc. t. II, p. 1790 et *Liverpool médic. chirurg. journ.* t. II XXI, p. 68, 78.
1900. POIRIER. — Traité d'anat.
1900. RAY (J.-H). — *The Lancet*, London t. II p. 942.
1900. STOUFFS. — *Bull. société Belg. de Gynécologie* (Bruxelles), t. XI p. 53. *Presse médicale belge* (Bruxelles), t. CCCCXI, p. 413.
1900. TESTUT. — Anatomie traité (splanchnologie).
1900. STILES (Harold). — *The Lancet*, 6 janvier, p. 28.
1901. BLACKER. — *Brit. med. Journ.*, 9 novembre, p. 1408.
1901. BRYANT. — *The Lancet*, 12 août, p. 979.
1901. CZERNY. — Beitrag Z. Klin. Chirurg. *Revue annuelle de la Clin. chir. d'Heidelberg*, p. 110.
1901. DOANE. — *Médecine Détroit*, t. VII, p. 295.
1901. LILIENTHAL. — *Med. Record*, 28 décembre, p. 1032.
1901. OWEN. — *Brit. med. Journ.*, 31 août, p. 584.
1901. MONTSARRAT. — *Liverpool medico-chirurgical Journ.* t. XXI, p. 68-78.
1901. MUMEREY. — *The Lancet*, 24 août, p. 527.
1901. PARAMORE. — *The Lancet*, 23 mars, p. 864.
1901. PITTS. — *The Lancet*, 12 juin, t. I, p. 1603.
1901. UNDERHILL. — *The Lancet*, 13 juillet, p. 80.
1901. STEVENS. — *New-Zealand M. L. Wellington*, t. II, p. 94.
1901. STRACHAN. — *Brit. med. Journ.*, 12 oct. p. 1084.
1901. WHIPLE. — *The Lancet*, 6 juillet, t. II, p. 25.
1902. AINSLEY. — *Bost. med. et surg. Journ.*, 24 juillet, p. 102.
1902. BARROW. — *Bost. med. et surg. Journ.*, 24 juillet, p. 102.
1902. BARKER. — *Archives de Langenbeck*, t. LXXI, p. 147.
1902. BUSCH. — *Trans. clin. Soc. London*, t. XXXVI p. 213.
1902. CLUBB. — *Bost. med. et surg. Journ.*, p. 102, 26 juillet.
1902. CUMSTON. — *Bost. med. et surg. Journ.*, 24 juillet, p. 102 V. 147, n° 4.
1902. DUN (R.-C.). — *Liverpool med. and chirurg. Journ.* t. XXII, p. 132.
1902. DOWD. — Académie de New-York, 9 décembre.

1902. FARNER. — *Boston med. et surg. Journ.*, n° 4, p. 103,  
24 juillet, v. 147.
1902. GROSZ. — *Boston med. et surg. Journ.*, 24 juillet, v. 147,  
n° 4, p. 103.
1902. GREIG. — *The Lancet*, 10 novembre, p. 1199.
1901. HAASLER. — *Ueber Darminvagination arch. f. Klin. Chir.*  
t. 68, p. 816-862.
1902. KAARSBERG. — *Bost. med. and surg. Journ.*, 24 juillet,  
p. 102.
1902. KNAGGS. — *Boston med. and surg. Journ.*, 24 juillet,  
p. 102.
1902. MACKIE WHYTE. — *The Lancet*, 1<sup>er</sup> novembre, p. 1199.
1902. MEMOCAL (R.). — *Rev. de med. y cis. de La Habana*,  
t. VII, p. 231.
1902. MEYER. — *Bost. med. et surg. Journ.*, 24 juillet, vol. 147,  
n° 4, p. 102.
1902. MORGAN. — *Boston méd. and Surgery Journ.*, vol. 147, n°  
4, p. 102.
1902. MITCHELL (A.-B.). — *Bul. méd. Journ. London*, t. I, p. 1334.
1902. PARSON. — *Brit. méd. Journ.*, 12 avril, p. 895.
1902. POLLOSSON. — *Bost. med. et Surg. Journ.*, 24 juillet,  
v. 147, n° 4, p. 102.
1902. PYE SMITH. — *Med. Journ. Sheffield*, t. XI, p. 50.
1902. RENTON. — *Bost. med. et Surg. Journ.*, 24 juillet, p. 102.
1902. VON DER HÆVEN. — *Bost. med. et Surg. Journ.*, 24 juillet,  
p. 102.
1902. VON HIPPEL. — *Bost. med. et Sug. Journ.*, 24 juillet,  
p. 102, vol. 147, n° 4.
1902. WESTERMANN. — *Weekblad van det Neederlandsch Tijdschrift  
vor Geneeskunde*, n° 24.
1903. ACKERMANN. — *Beit f. Klin chirurg.*, t. XXXVII, p. 580.
1903. BERCHOUX. — *Lyon médical*, 17 mai.
1903. CONNOR. — *The Lancet*, 29 août, t. II, p. 600.
1903. CORNER. — *Annales of Surgery Philadelphia*, t. XXXVIII,  
p. 580.
1903. DOBSON. — *The Lancet*, 25 avril 1903.
1903. EKEHORN. — *Arch. f. Klinsis chirurg.*, t. LXXII, p. 788.
1903. JONES B. — *Brit. med. Journ. London*, t. II, p. 1214.
1903. HOGARTH. — *Brit. med. Journ. Monil.*, t. I, p. 850.

1903. RIDDEL. — *Brit. med. Journ.*, 10 janvier, p. 72.
1903. PRUTZ. — *Archiv. de Langenbeck*, vol. 70, p. 251.
1903. TURNER. — *Brit. med. Journ.*, 25 avril, p. 965.
1903. WALLIS. — *The Lancet*, 5 décembre.
1904. BROCA (A.). — *Bull. sociét. de pédiat. de Paris*, t. VI, p. 373.
1904. GRISEL. — IV Congrès de gynécol. obstét. et pédiat. Rouen avril 1904.
1904. VON YSENDICK. — *Press. méd. belge Bruxelles*, t. LVI, p. 907.
1904. WEISS. — *Arch. f. Klin. chirurg. Berlin*, t. LXXIII, p. 839.
1904. WESTBROCK (R. W.). — *Brooklyn med. Journ.*, t. XVIII, p. 24.
1905. JALAGUIER. — Séance du 7 novembre, *Bullet. acad. de Médecine*.
1905. MONOD. — *Bullet. de l'acad. de Médecine*, séance du 7 novembre.
1905. PASSAGGI. — *Cronica policlinico Roma*, t. XII, p. 10.
1905. VITRY. — *Annales de méd. et chirurg. infant.* Paris, t. IX, p. 86.
1905. WINTERMITZ. — *Ungar méd. press.* Budapest, t. X, p. 80.
1906. BEWERS. — *Lancet*, London, t. II, p. 297.
1906. COHEUR. — *Annal. de la Sociét. med. de chirurg. de Liège*, t. XLV, p. 67.
1906. MINER (F. B.). — *Detroit méd. journal*, t. VI, p. 274.
1906. PAETZOLD. — *Deuts méd. Wochenschr*, n° 8, p. 321.
1907. JABOULAY. — *Lyon, méd.*, t. c. VIII, p. 714.
- \* 1907. MEYER (W.). — *Annal. of Surg. philadelp.*, t. XIV, p. 623.
1907. MORGAN (G.). — *Lancet*, London, t. I, p. 1015.
1907. SALZER (M.). — *Annales of Surg. philadelphiv*, t. XLV, p. 730.
-









